



# IPG

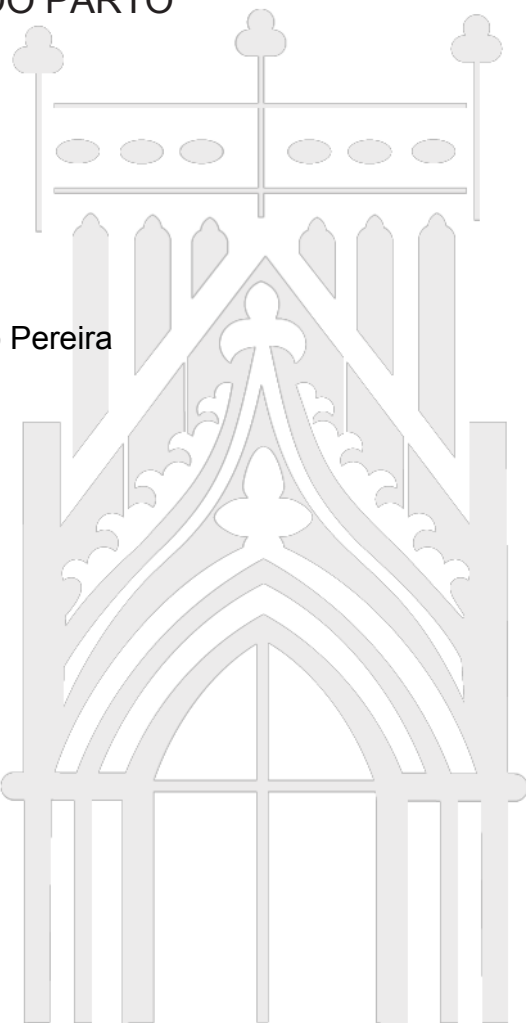
Politécnico  
da Guarda  
Polytechnic  
of Guarda

Mestrado em Enfermagem de Saúde  
Infantil e Pediatria

RELAÇÃO EMOCIONAL DOS PAIS COM O  
RECÉM-NASCIDO E VIVÊNCIAS DO PARTO

Adelina da Conceição dos Anjos Gregório Pereira

junho | 2013



Escola Superior  
de Saúde



**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**  
**INSTITUTO POLITÉCNICO DA GUARDA**  
*MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA*

***RELAÇÃO EMOCIONAL DOS PAIS COM O RECÉM-NASCIDO***  
***E VIVÊNCIAS DO PARTO***

Adelina da Conceição dos Anjos Gregório Pereira

Guarda

2013



**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**  
**INSTITUTO POLITÉCNICO DA GUARDA**  
*MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA*

***RELAÇÃO EMOCIONAL DOS PAIS COM O RECÉM-NASCIDO***  
***E VIVÊNCIAS DO PARTO***

Trabalho de investigação apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

**Trabalho realizado por:** Adelina da Conceição dos Anjos Gregório Pereira  
**Orientado por:** Professora Doutora Fernanda Lopes

Guarda

2013

## **ABREVIATURAS**

cit. – Citando

Ed. – Edição

*et al.* – e outros

Pág. - Página

## **SIGLAS**

CHCB – Centro Hospitalar Cova da Beira

DGS – Direção Geral de Saúde

HSM – Hospital Sousa Martins

INE – Instituto Nacional de Estatística

MIBS – Mother-to-Infant Bonding Scale

OMS – Organização Mundial de Saúde

RN – Recém-nascido

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

ULS – Unidade Local de Saúde

## **AGRADECIMENTOS**

À professora Doutora Fernanda Lopes agradeço a disponibilidade, a sabedoria e os ensinamentos constantes ao longo da orientação científica desta dissertação.

À Agostinha e Irma, minhas amigas, agradeço o incentivo, apoio, amizade e a disponibilidade na análise estatística dos dados.

Aos meus filhos, Andreia e Joel, que sempre acreditaram no meu empenho, pela amizade, motivação, carinho e amor incondicional, a eles dedico este trabalho.

Ao Nelson, meu marido, pela paciência e impaciência, companheiro dos bons e menos bons momentos, pela tolerância e carinho.

À Cris ... que não conheço, mas adoro.

À minha irmã Celina, pelo apoio, pela amizade, pelas palavras de incentivo, pela preocupação com o meu bem estar nos momentos de fadiga.

À Mirita, por tudo o que me ensinou, pela amizade, pelos afetos, pela revisão ortográfica e por ser minha mana.

Aos incondicionais afetos da minha família, pelo apoio, acreditando sempre no meu esforço e empenho.

Aos casais, um agradecimento muito especial por terem aceitado participar neste projeto.

Hoje aprendi que ...

... quando se é muito pequeno e se sente que se é totalmente amado, então pode-se enfrentar o mundo.

Klaus e Kennel

... quando o teu filho, recém-nascido, segura o teu dedo na sua mão, quer prendê-lo para o resto da vida.

## ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
<b>Quadro 1</b> – Subescalas de <i>Bonding</i> .....	37
<b>Quadro 2</b> – Operacionalização das variáveis de caracterização sociodemográfica .....	40
<b>Quadro 3</b> – Operacionalização das variáveis de caracterização obstétrica .....	41
<b>Quadro 4</b> – Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors.....	45
<b>Quadro 5</b> – Análise descritiva para a escala de <i>Bonding</i> (total) .....	54
<b>Quadro 6</b> – Análise descritiva para a Subescala “ <i>Bonding</i> Positivo” .....	55
<b>Quadro 7</b> – Análise descritiva para a Subescala “ <i>Bonding</i> Negativo” .....	56
<b>Quadro 8</b> – Análise descritiva para a Subescala “ <i>Bonding</i> Neutro” .....	56
<b>Quadro 9</b> – Relação entre as características sociodemográficas e a relação emocional dos pais com o recém-nascido .....	59
<b>Quadro 10</b> – Relação entre o número de filhos e a relação emocional dos pais com o recém-nascido.....	60
<b>Quadro 11</b> – Relação entre as características da gravidez e a relação emocional dos pais com o recém-nascido .....	61
<b>Quadro 12</b> – Relação entre a preparação para o parto e a relação emocional dos pais com o recém-nascido .....	62
<b>Quadro 13</b> – Relação entre as vivências do parto e a relação emocional dos pais com o recém-nascido.....	64
<b>Quadro 14</b> – Análise de regressão linear simples entre a relação emocional do pai com o recém-nascido e a relação emocional da mãe com o recém-nascido .....	66

## ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
<b>Tabela 1</b> – Caraterização sociodemográfica da amostra .....	47
<b>Tabela 2</b> – Caraterização obstétrica (número de filhos) .....	48
<b>Tabela 3</b> – Caraterização obstétrica (pré-natal) .....	49
<b>Tabela 4</b> – Caraterização obstétrica (acompanhamento da gravidez) .....	50
<b>Tabela 5</b> – Caraterização obstétrica (relativa ao parto) .....	51
<b>Tabela 6</b> – Caraterização obstétrica (envolvimento do pai no parto) .....	52
<b>Tabela 7</b> – Caraterização obstétrica (envolvimento dos pais com o recém-nascido) .....	53
<b>Tabela 8</b> – Descrição do estado emocional no momento em que sentiu o bebé mexer.....	57
<b>Tabela 9</b> – Oportunidades proporcionadas na vivência do nascimento do filho .....	58



## RESUMO

A mãe representa um papel importante no desenvolvimento afetivo do recém-nascido e conseqüentemente nas relações que a criança irá estabelecer ao longo da vida. No entanto, a transição para a parentalidade é um período marcado por grande vulnerabilidade emocional para ambos os progenitores, sendo a relação emocional que se estabelece entre pai e recém-nascido também imprescindível no comportamento e desenvolvimento futuro do bebê. A relação emocional entre pais e filho tem sido designada por *bonding*.

O termo *bonding* foi introduzido por Klaus e Kennell, para descrever a relação única, específica e duradoura que se estabelece entre mãe e o recém-nascido, desde os primeiros contactos a seguir ao parto e que designaram por vínculo-materno-infantil (Figueiredo, 2003, 2013; cit. Klaus e Kennell, 1976). A vinculação da mãe pode ser influenciada por dimensões de carácter biológico, psicológico e sociocultural, que dizem respeito à gravidez, ao parto e ao pós-parto imediato e referem-se à mãe, ao pai e ao recém-nascido.

O objetivo deste estudo descritivo-correlacional, transversal, de metodologia quantitativa é identificar a relação emocional de ambos os pais com o filho recém-nascido, compreender a relação das vivências do parto com o tipo de relação emocional dos pais com o recém-nascido e comparar a relação emocional com o filho de cada um dos progenitores.

A amostra do estudo foi constituída por 160 mães e 160 pais cujo nascimento do seu filho ocorreu no Serviço de Obstetrícia do Hospital Sousa Martins, Guarda e no Serviço de Obstetrícia do Hospital Cova da Beira, escolhidos por conveniência. Os dados foram recolhidos através da aplicação de um questionário, composto por caracterização sociodemográfica, obstétrica e por uma escala de *bonding* (Figueiredo *et al.*; 2005, 2009, 2013), aplicada nas primeiras 48 horas após o nascimento do filho.

Não se verificou influência das características sociodemográficas e características obstétricas no estabelecimento do *bonding* mãe/filho e pai/filho, no entanto constatou-se que o *bonding* da mãe está em sintonia com o *bonding* do pai, ou seja, quando o *bonding* da mãe é elevado também o *bonding* do pai é elevado e se o *bonding* da mãe é baixo também é o do pai.

Não sendo, nesta amostra, o *bonding* influenciado por variáveis sociodemográficas e obstétricas, consideramos que os profissionais de saúde devem continuar a promover a vinculação de ambos os pais ao filho, incentivando para que se envolvam e desfrutem de um momento tão importante e único como é o parto e todas as vivências que lhe estão inerentes.

**Palavras-chave:** *bonding*; mãe; pai; parto; recém-nascido; vinculação.

## ABSTRACT

The mother plays an important role in the emotional development of the newborn and consequently in the relationships that the child will establish lifelong. However, the transition to parenthood is a period marked by great emotional vulnerability to both parents, being the emotional relationship established between father and son, imperative in the behavior and future development of the baby. The emotional relationship between parent and child has been designated by *bonding*.

The term *bonding* was introduced by Klaus and Kennell, to describe the unique, specific and lasting relationship established between mother and newborn, from the first contact after the birth and designated as maternal-infant bond (Figueiredo, 2003 , 2013; cit. Klaus and Kennell, 1976). The binding of the mother may be influenced by biological, psychological and sociocultural dimensions, that relate to pregnancy, childbirth and the immediate postpartum period and refer to the mother, father and newborn.

The purpose of this descriptive-correlational study, cross-sectional and of quantitative methodology is to identify the emotional relationship of the parents with the newborn, to understand the relationship of the experiences of childbirth with the kind of emotional relationship of parents with the newborn and to compare the emotional relationship of each parent with the child.

The study sample consisted of 160 mothers and 160 fathers whose childbirth occurred in the Service of Obstetrics of the Hospital Sousa Martins, Guarda and in the Service of Obstetrics of the Hospital Cova da Beira, chosen by convenience sampling process. Data were collected using a questionnaire consisting of sociodemographic, obstetric characterization and using a range of bonding (Figueiredo et al., 2005, 2009, 2013), applied in the first 48 hours after the childbirth.

There was no influence of sociodemographic and obstetric characteristics in establishing the *bonding* mother/son and father/son; however it was found that the *bonding* of the mother is in line with the *bonding* of the father, when the mother *bonding* increases, the father *bonding* also increases.

Not being in this sample, the *bonding* influenced by sociodemographic and obstetric variables, health professionals should continue to promote the linking parent/child, encouraging engaging and enjoying a moment as important and unique as childbirth and all experiences that would arise.

**Keywords:** *bonding*, mother, father, birth, newborn; linking.

## ÍNDICE

Pág.

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>15</b>
1 – DA GRAVIDEZ AO NASCIMENTO .....	16
2 – ENVOLVIMENTO EMOCIONAL DOS PAIS COM O RECÉM-NASCIDO .....	21
3 – VIVER O NASCIMENTO – PROMOVER A RELAÇÃO .....	28
<b>PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO .....</b>	<b>33</b>
1 – METODOLOGIA.....	34
1.1 – TIPO DE ESTUDO .....	35
1.2 – HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO .....	35
1.3 – VARIÁVEIS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO .....	37
1.4 – POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	42
1.5 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS .....	42
1.6 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	43
1.7 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS .....	44
2 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	46
2.1 – CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA .....	46
2.2 – CARATERIZAÇÃO DA RELAÇÃO EMOCIONAL.....	54
2.3 – ANÁLISE DAS HIPÓTESES .....	58
<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>68</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>77</b>
ANEXO 1 – Questionário .....	78
ANEXO 2 – Autorização da utilização de Escala de <i>Bonding</i> .....	85
ANEXO 3 – Autorização para aplicação do questionário no Centro Hospitalar Cova da Beira .....	88
ANEXO 4 – Autorização para aplicação do questionário no Hospital Sousa Martins, ULS Guarda .....	90

## INTRODUÇÃO

O nascimento de um filho é considerado como um dos acontecimentos mais importantes e marcantes na vida de um homem e de uma mulher, sendo um momento ímpar e inigualável (Moura-Ramos e Canavarro, 2007). Considerado como um acontecimento natural, foi no final dos anos 50 que Le Masters (1957) citado pelos mesmos autores (2007) se passou a perspetivar este fenómeno de maneira distinta. No estudo que efetuou, 83% dos casais tinham vivenciado uma crise forte na vida conjugal e familiar na altura do nascimento de um filho, o que levou o autor a considerar a transição para a parentalidade como um momento de crise provocando importantes alterações na vida dos indivíduos. Para muitos autores este estudo foi marcante para o início do interesse na investigação da transição para a parentalidade, sendo este um momento de grande vulnerabilidade emocional tanto para as mães como para os pais.

A gravidez, assim como o nascimento de um filho são considerados momentos de adaptação na vida do casal comportando mudanças que têm grande influência no envolvimento emocional dos pais com o seu filho (Brandão, 2009). Este envolvimento insere-se no contexto do *bonding* pais-bebé. De acordo com Figueiredo (2003), o termo *bonding* foi introduzido por Klaus e Kennel (1976), para descreverem a relação única, específica e duradoura que se forma entre a mãe e o recém-nascido. Esta relação estabelece-se, logo que os primeiros contatos entre a mãe e o bebé se verifiquem, facilitada pelo sistema hormonal da mãe e estimulada com a presença do bebé. Os momentos imediatamente após o parto seriam privilegiados na formação do *bonding* e determinantes para a qualidade futura dos cuidados maternos e consequentemente no bem-estar do bebé.

A interação pais/recém-nascido e a sua influência no desenvolvimento social e afetivo da criança, tem sido objeto de estudo de alguns trabalhos nas últimas décadas. Inicialmente estes estudos debruçavam-se em particular na díade mãe/recém-nascido, mais recentemente passou a considerar-se a tríade mãe/pai/recém-nascido, ou o grupo familiar como um todo (Henriques e Oliveira, 2011). Para alguns autores, a informação existente acerca da génese e do desenvolvimento do envolvimento dos pais com o recém-nascido é bastante reduzida (Mendes, 2009).

Todos os recém-nascidos trazem consigo competências para formar um poderoso vínculo emocional com a mãe ou outra figura de apego primário. Bebés com apego seguros no início da vida têm efeitos duradouros, convertem-se em crianças com escolaridade estável que amadurecem e se formam como adultos, mantêm apego estáveis e criam filhos dotados de

sentimentos estáveis enquanto apegos precários geram apegos precários e instáveis (Ávila, 2011).

A formação do vínculo pais-bebê é crucial na infância, sendo relevante para o desenvolvimento emocional, social e cognitivo saudável da criança ao longo de toda a vida (Borsa, 2006). O relacionamento que se inicia com o nascimento entre a criança e os pais é a base do desenvolvimento futuro (Cole e Cole, 2004).

Para os autores Albuquerque, Coimbra, Grilo e Camarneiro (2009: 16); cit. Buurroughs (1995: 251), “a promoção da aproximação entre mãe e filho é talvez, um dos maiores e mais interessantes desafios para a enfermagem”. Para estes autores (2009: 16), “o enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada para ajudar os pais a interagirem com o seu filho, a avaliar as suas necessidades e as características do seu comportamento, bem como para informar, instruir, treinar e supervisionar os cuidados que prestam”.

A nossa prática diária no serviço onde prestamos cuidados, a sala de partos, permite-nos o contacto com mulheres e homens que são pais ou estão para o ser. Temos o privilégio de poder ajudar estes pais a concretizarem o seu maior sonho que é ser pai e mãe, promovendo a vinculação pais-filho, incentivando para que se envolvam e disfrutem de um momento tão importante e único como o parto e todas as vivências que lhe estão inerentes.

Neste contexto, sentimos necessidade de aprofundar conhecimentos dos sentimentos vivenciados pelos pais com o nascimento do filho, no sentido de obter contributos para os profissionais de saúde, em compreender a entrada dos pais na sala de parto e na necessidade de promover a interação pai-mãe-recém-nascido, para uma transição saudável para a parentalidade. Colocamos a seguinte questão de investigação: **será que a relação emocional do pai com o filho recém-nascido é diferente da relação emocional da mãe com o filho recém-nascido?**

O objetivo deste estudo descritivo correlacional, de metodologia quantitativa é identificar a relação emocional dos pais com o filho recém-nascido; compreender a relação das vivências do parto com o tipo de relação emocional dos pais com o recém-nascido e comparar a relação emocional de cada um dos progenitores com o filho recém-nascido.

A amostra do estudo foi constituída por 160 mães e 160 pais cujo nascimento do seu filho ocorreu no Serviço de Obstetrícia do Hospital Sousa Martins, Guarda e no Serviço de Obstetrícia do Hospital Cova da Beira, escolhidos por conveniência. Os dados foram recolhidos através da aplicação de um questionário composto por caracterização sociodemográfica, obstétrica e por uma escala de *bonding* (Figueiredo, Costa, Marques, Pacheco e Pais, 2005), aplicada nas primeiras 48 horas após o nascimento do filho.

Para concretizar o presente estudo elaborámos sete hipóteses como foco da nossa investigação, no âmbito de **relação emocional dos pais com o recém-nascido e vivências do parto**, que são:

- H1** - Há relação entre as características sociodemográficas (idade, género, nacionalidade, profissão, estado civil, duração do atual relacionamento, tipo de família e nível socioeconómico) e a relação emocional dos progenitores com o recém-nascido.
- H2** - Há relação entre (ser o primeiro filho, presença do pai no nascimento de outros filhos e o número de filhos, da relação atual e anteriores relacionamentos) e a relação emocional dos progenitores com o recém-nascido
- H3** - Há relação entre as características da gravidez (planeada, desejada, dificuldades em engravidar, gravidez medicamente assistida, opção de interrupção da gravidez, complicações da gravidez) e a relação emocional dos progenitores com o recém-nascido.
- H4** - Há relação entre a preparação para o parto (número de consultas, presença do pai nas consultas e ecografias, frequência de curso de preparação para o parto, escolha do enxoval, comunicação sobre o bebé com o companheiro e sentir o bebé mexer durante a gravidez) e a relação emocional dos progenitores com o recém-nascido.
- H5** - Há relação entre as vivências do parto, (tipo de parto, preferência pelo sexo do recém-nascido, acompanhamento do pai no trabalho de parto e período expulsivo, corte do cordão umbilical, contacto do recém-nascido com o abdómen da mãe, tocou ou pegou ao colo, vestiu o recém-nascido e ajudou na primeira mamada e ajudou no primeiro banho) e a relação emocional dos progenitores com o recém-nascido.
- H6** - Há relação entre a predisposição para partilhar as tarefas de cuidar do filho e a relação emocional dos progenitores com o recém-nascido.
- H7** - Há diferença na relação emocional de cada um dos progenitores com o filho recém-nascido.

Este trabalho está estruturado em duas partes distintas. A primeira parte é composta por três capítulos, que englobam a fundamentação teórica indispensável para a compreensão da investigação. No primeiro capítulo intitulado da gravidez ao nascimento, descrevemos os

aspectos mais relevantes do período pré-natal ao nascimento. No segundo capítulo abordamos o envolvimento emocional dos pais com o recém-nascido. No terceiro capítulo desenvolvemos o tema, viver o nascimento – promover a relação. Na segunda parte é desenvolvido o estudo empírico do trabalho e está dividido em dois capítulos. O primeiro diz respeito ao desenvolvimento metodológico do estudo, onde se apresenta o tipo de estudo, hipóteses de investigação, variáveis e sua operacionalização, população e amostra, instrumento de colheita de dados, procedimentos éticos e tratamento estatístico dos dados. No segundo capítulo abordamos a análise e discussão dos resultados em função dos dados obtidos e da fundamentação teórica efetuada, onde se apresenta a caracterização da amostra, caracterização da relação emocional dos pais com o recém-nascido – *bonding*. Por último expomos as conclusões que o estudo nos ditou, implicações na prática, limitações, sugerindo questões para estudos complementares.

## **PARTE I**

---

### **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## **1 – DA GRAVIDEZ AO NASCIMENTO**

A vida tem início no momento em que duas células se unem, carregando toda a história da espécie (Sá, 2004). A gravidez compreende um período de 38 a 40 semanas de gestação, que medeia entre a concepção e o parto (Mendes, 2009). Este período é crucial para o início de uma relação infinita e insubstituível entre mãe e filho (Sá, 2004).

Para Zorzi (2010), sempre que nasce uma criança, nascem também um pai e uma mãe, sendo que a gravidez constitui a primeira etapa do aprofundamento da relação afetiva com o filho, é o período de preparação para ser pai e mãe, dá-se início à vinculação. Atualmente o homem interessa-se por se envolver o mais possível na gravidez, no parto e no pós-parto.

O ano do nascimento do bebê é para os futuros pais, um dos mais importantes na sua vida, sendo considerado um período de transição, e que tem como função a preparação dos pais para as tarefas complexas e desafiantes com que se vão deparar (Brandão, 2009; cit. Colman e Colman, 1994). Para estes autores, a experiência psicológica da gravidez é dividida em seis tarefas que necessitam ultrapassar, para que este momento seja vivido de forma positiva. A primeira tarefa consiste em aceitar a gravidez, aceitando a sua realidade e fazendo algo a esse respeito. Esta fase é mais tardia para os homens em relação às mulheres, não evidenciando qualquer sintoma físico, necessitando de uma prova (teste de gravidez ou ecografia) para acreditarem que efetivamente é real. Na segunda tarefa é importante aceitar a realidade do feto, ou seja, gradualmente o bebê torna-se real para os pais, já que, ser pai e mãe se baseia no acomodar contínuo entre as expectativas e a realidade. A terceira tarefa diz respeito à reavaliação dos futuros pais, com os seus próprios pais. No decorrer da gravidez enquanto o feto se está a tornar real e a ser conceptualizado, os futuros pais olham os seus próprios pais, de forma a perceberem quem são enquanto pais e a forma como desempenham o seu papel. Na quarta tarefa é preciso fazer a reavaliação do relacionamento entre os membros do casal. Nesta fase o casal precisa partilhar experiências e aprender a lidar com acontecimentos desconhecidos e assustadores. Na quinta tarefa, o casal precisa aceitar o bebê como pessoa separada, aceitando a realidade dessa criança e afastando-se da fantasia da criança que esperavam. Por fim, a sexta tarefa, consiste em integrar a identidade parental, aceitando a sua identidade de pessoa individual e de pai. Para os autores, os pais e mães que conseguem ultrapassar estas tarefas e atingir com elas respostas satisfatórias aos problemas psicológicos que elas levantam, lidam melhor com os novos papéis e com as transformações provocadas por uma gravidez.

A gravidez é considerada para Brandão (2009); cit. Mendes (2002) como uma experiência de mudança e renovação, onde tem início a preparação para a paternidade/maternidade, surgindo na vida do casal como um marco, uma viragem no núcleo familiar.

O projeto de paternidade e maternidade inicia-se antes de a gravidez ser uma realidade física. É importante que para além do desejo de engravidar e de ter um filho, o casal deseje e assuma ser pai e mãe (Mendes, 2009; cit. Leal, 1990).

A constituição da maternidade tem início muito antes da concepção, quando surgem as primeiras relações e identificações da mulher, passando pela atividade lúdica infantil, da adolescência e o desejo de ter um filho (Piccinini, Gomes, Nardi e Lopes, 2008).

Para Thomaz, Lima, Tavares e Oliveira (2005: 140) “a natureza do relacionamento dos pais com o bebé é marcada pelo mundo mental das representações, pelo imaginário e subjetivo”. Assim, para o mesmo autor (2005), muito antes da existência do bebé real nos braços da mãe, existe o bebé imaginário construído a partir das fantasias, dos sonhos, das brincadeiras de bonecas e dos modelos de ser mãe.

As expectativas sobre o bebé imaginário que cada mãe constrói dizem respeito principalmente ao sexo do bebé, o nome, a maneira como se movimenta dentro da barriga e às características psicológicas que lhe atribuem (Borsa, 2006; cit. Maldonado, 2002, Piccinini, Gomes, Moreira e Lopes, 2004). Para o mesmo autor (2006) é no período pré-natal que os pais constroem a noção do bebé, reconhecendo comportamentos e características temperamentais originando uma relação materno-fetal bastante intensa, com sentimentos e expectativas em relação ao filho. A gravidez constitui a primeira etapa no aprofundar da relação afetiva com o bebé.

Freitas, Coelho e Silva (2007) em estudos efetuados sobre a percepção precoce da paternidade dão-nos conta do envolvimento emocional e comportamental desde o início da gravidez.

Para alguns autores “o envolvimento emocional já está presente durante o período de gestação, e em ambos os pais, pois também o pai estabelece uma relação afetiva com o filho” (Figueiredo, 2013:21; cit. Greenberg e Morris, 1974), tendo sido demonstrado empiricamente nos seus estudos.

Para Piccinini, Silva, Gonçalves, Lopes e Tudge (2004: 303) “a gestação funciona para os pais, como um período de preparação para os novos papéis que deverão assumir, frente ao bebé e a tudo o que ele irá exigir”, no entanto o envolvimento paterno ao longo da gravidez pode variar de acordo com o desenvolvimento do recém-nascido, assim como conforme as características de cada progenitor.

Alguns autores acrescentam que “a paternidade constitui um momento de transição e de possibilidade de crescimento emocional” (Crepaldi e Motta, 2005: 108; cit. Maldonado, 1997).

Para Barradas (2008: 35); cit. Palácios (2005) “a adição de um membro da família através do nascimento é um momento de transição e de destaque no ciclo de vida humano e familiar que altera os comportamentos, as relações e funções de pais e mães”. Relvas e Alarcão (2007), enfatiza que surge uma nova fase no ciclo vital da família com uma sequência previsível de transformações na organização familiar. A gravidez e o nascimento constituem para o casal uma fase de mudanças, com transformações e incertezas na aquisição de novos papéis e responsabilidades antes inexistentes, podendo gerar-se sentimentos de alegria, tristeza, satisfação e insatisfação vividos de forma única (Freitas, Coelho e Silva, 2007). Para o homem a gravidez é uma fase repleta de emoções, sentimentos contraditórios, ambivalentes e conflituosos, umas vezes agradáveis, e outros de ansiedade (Brandão, 2009; cit. Correia e Sereno, 2005).

O modo como a mulher lida com todas estas mudanças da gestação deverá influenciar fortemente a relação futura com a criança (Piccinini, Gomes, Nardi e Lopes, 2008; cit. Maldonado, 1997).

Freitas, Coelho e Silva (2007: 137), referem que “na gravidez, o homem e a mulher deixam de ser apenas filho e filha para se tornarem pai e mãe, ambos vivenciando essa transição com expectativas, anseios e temores”. A participação do homem na gravidez fá-lo sentir-se parte do processo refletindo-se na qualidade de vida do casal, por outro lado o distanciamento dos processos de gestação e parto gera na mulher sentimentos de solidão e vazio.

Para Hotimsky e Alvarenga (2002: 463) “mulheres que nunca tiveram filhos, o nascimento da primeira criança representa um momento de transição muito importante em suas vidas e talvez, por isso mesmo, desejem compartilhá-lo com seus entes queridos”.

Para Carvalho, Brito, Araújo e Sousa (2009: 126) “a notícia da gravidez quando compartilhada origina no homem sentimentos de satisfação e bem-estar”.

O envolvimento paterno na tríade familiar é significativo desde o momento da concepção. O pai procura responder às necessidades da sua mulher lidando com as intercorrências da gravidez como, enjoos, dores, instabilidade emocional, mudanças corporais que poderão afetar a sua autoestima, assim como medos em relação ao parto e cuidados ao futuro bebé (Zorzi, 2010).

A gravidez é um processo natural e fisiológico para a mulher, sendo que as intervenções oferecidas no âmbito dos cuidados pré-natais, devem ter benefícios conhecidos e

ser aceites pelas grávidas. Conforme consta das normas da DGS (2008), a gravidez constitui uma ocasião privilegiada de contato com os serviços de saúde e um momento único para avaliação do estado de saúde da mulher. No período de gestação é natural o estado de ansiedade onde a expectativa é grande em relação à saúde, sexo e nascimento da criança.

A DGS preconiza que a vigilância da gravidez se inicie o mais precocemente possível. Para determinar se a gravidez foi ou não vigiada deve ter-se em conta o número de consultas efetuadas ao longo da gravidez. Desta forma e de acordo com Lowdermilk e Perry, (2008), a gravidez é vigiada quando se efetuam seis ou mais consultas. Uma gravidez vigiada promove maior segurança e bem-estar para a mulher, o bebé e toda a família. A primeira consulta de vigilância pré-natal deverá ser efetuada imediatamente após a primeira falta menstrual. O acompanhamento adequado permite a monitorização do crescimento e desenvolvimento do feto, identificando anomalias que possam interferir no desenvolvimento normal da gravidez e trabalho de parto.

A vigilância pré-natal é essencial para a saúde materna e do feto através de consultas, exames laboratoriais e ecografias. Para Tomeleri, Pieri, Violin, Serafim e Marcon (2007), o acompanhamento da grávida na consulta pré-natal, é atualmente um comportamento habitual dos homens perante a paternidade, revelando maior interesse na participação e cuidados com a gestante. Alguns estudos têm demonstrado que a presença do companheiro influencia positivamente na evolução da gravidez, diminuindo riscos físicos e psicológicos e contribuindo para a saúde da criança.

A vigilância da gravidez e a visualização das ecografias parece ser um importante fator no fortalecimento do vínculo. Ao visualizar o bebé na ecografia este torna-se mais real tendo um papel tranquilizador e potenciador da ligação dos pais ao seu bebé muito antes de nascer (Samorinha, Figueiredo, Cruz, 2009).

A presença do pai nas consultas pré-natais revela-se importante no processo de humanização da assistência à grávida, sendo que o seu afastamento, tanto da gestação como do parto provoca sentimentos de solidão e vazio na mulher (Carvalho, Brito, Araújo e Sousa, 2009).

Para alguns autores, Samorinha, Figueiredo e Cruz (2009); cit. Kleinveld, Timmermans, Berg, Eijk & Kate (2007), referem que existem estudos incidentes no papel dos exames de rotina efetuados na gravidez como promotores do *bonding* pré-natal. A ecografia permite aos pais a confirmação visual da gravidez e o contacto com o bebé antes do nascimento. Ao visualizar o bebé os pais elaboram uma representação cognitiva do filho/a, sendo esta representação um fator importante no desenvolvimento da vinculação pré-natal. Num estudo efetuado por Samorinha, Figueiredo e Cruz (2009), sobre a avaliação do impacto

da ecografia do primeiro trimestre comparando vinculação pré-natal e ansiedade em mães e pais, antes e depois da realização da ecografia, os resultados obtidos evidenciam que após a realização da ecografia, a vinculação dos pais ao bebê aumenta.

O momento em que o feto mexe pela primeira vez é relevante para a relação mãe-bebê. A partir da décima segunda semana os movimentos do feto são bruscos em flexões e extensões, contudo a mãe só sente os movimentos do filho posteriormente e a aceitação dessa percepção é o reconhecimento da realidade do filho (Thomaz *et al*, 2005; cit, Soulé, 1987).

As orientações fornecidas na gravidez são de extrema importância já que preparam a mulher para o período gestacional, o trabalho de parto e os cuidados com o recém-nascido. Essas orientações deixam a mulher segura e confiante promovendo a participação ativa no trabalho de parto e parto. Os cursos de preparação para o parto fornecem as informações necessárias sobre gravidez, parto e cuidados ao recém-nascido de modo a reduzir a ansiedade, proporcionam o encontro com outras mulheres grávidas e orientam o homem para que esteja o mais próximo possível da mulher (Figueiredo, Freitas, Lima, Oliveira e Damasceno, 2010).

## 2 – ENVOLVIMENTO EMOCIONAL DOS PAIS COM O RECÉM-NASCIDO

Para a saúde mental e desenvolvimento da personalidade do bebê, é essencial a vivência de uma relação calorosa, íntima e contínua com a mãe. **Privação da mãe** é denominada por Bowlby como a situação em que o bebê não vivencia este tipo de relação, sendo que a mãe não é capaz de lhe proporcionar os cuidados de afetos necessários (Borsa, 2006; cit. Bowlby, 2002).

Para Figueiredo (2013: 13), “a mãe identifica-se com o filho, ambos fazem como que parte de uma mesma e só entidade, em perfeita simbiose”.

O papel materno é operacionalizado em quatro tarefas principais: “1) providenciar proteção e cuidado; 2) tomar em consideração as limitações e o estado de dependência; 3) providenciar as rotinas necessárias ao crescimento e desenvolvimento; e 4) amar a criança” (Figueiredo, 2013: 13; cit. Winnicott, 1990).

Bebês que são privados de afeto têm tendência a tornar-se adultos fechados, inseguros, frios, desconfiados, solitários, com dificuldades de apego, dificilmente aceitam ajuda, apresentando com frequência distúrbios psicossomáticos. Pelo contrário, a criança que recebeu amor e afeto está apta a aperfeiçoar as suas potencialidades de crescer, integrar-se, adaptar-se ao ambiente, desenvolver relações interpessoais e sociais de convivência (Ávila, 2011).

Há um século atrás, ser pai significava, ser educador e disciplinador baseado em parâmetros rígidos e de carácter repressivo. O seu envolvimento nos cuidados à criança eram reduzidos, assim como não existia interação pai-filho (Mendes, 2009).

Contudo Freitas, Coelho e Silva (2007) enfatizam que na atualidade há um aumento na complexidade das relações conjugais que comporta a organização de eventos onde os homens discutem a sua própria identidade social. Procura-se compreender e encontrar soluções para as novas situações de relacionamento fruto das mudanças nas relações parentais e de ampliação da participação da mulher no domínio público de trabalho. Concluiu que quando a participação do homem é efetiva na gravidez e pós-parto, resultam situações de bem-estar para a família, e estabelecem relações mais igualitárias. Além disso, quanto mais fortes forem os laços afetivos entre pai e filho na gravidez melhor será o desenvolvimento da paternidade e do vínculo pai/filho após o nascimento.

O papel do pai era associado ao sustento económico da família. A partir da segunda guerra mundial, e com a rápida industrialização, acelerou-se a emancipação da mulher conquistando direitos iguais e acesso ao mercado de trabalho.

Relativamente à alteração do papel parental, na década de 60, o pai ideal era o ganhador e não alguém que se ocupava do bebé. É na década de 90 que, a maior parte dos futuros pais da classe média vai, pelo menos, a uma consulta ao obstetra durante a gravidez, frequenta aulas de preparação para o parto, aprende coisas sobre o trabalho de parto e o nascimento, e constrói uma relação com os seus filhos. (Silva, 2006; cit. Colman e Colman, 1994).

Contudo, como refere Carvalho (2003); cit. Cowan (1988), Cowan e Cowan (1992, 1997), a separação entre o que compete ao homem e à mulher é transmitido na vida familiar, como um valor culturalmente determinado e aceite. Ultimamente tem-se estimulado a participação do homem em todo o processo gestacional, parto, puerpério, amamentação e demais eventos que envolvem a relação pai, mãe e filhos. O envolvimento dos pais nos cuidados com os filhos promove as transformações conjugais que acompanham o nascimento, trazendo benefícios para os próprios homens e para o desenvolvimento das crianças.

A maternidade e a paternidade requerem, em termos relacionais, o envolvimento e partilha indispensáveis à prestação de cuidados que viabilizem um desenvolvimento saudável e harmonioso da criança recém-nascida. É o assumir a parentalidade em que ambos os pais partilham os cuidados aos filhos, tarefas exigidas durante muitos anos às mulheres no âmbito da maternidade. A saída das mães para o trabalho determinou uma modificação na participação dos pais, muitas vezes obrigados a assumir tarefas até então tidas como essencialmente femininas e para as quais eles nem sempre se sentiam preparados (Mendes, 2009).

Segundo nos refere Mendes (2009: 42); cit. Lamb (1992, 1997)

... a partir do início dos anos setenta, foram construídas teorias, especulando e investigando de forma progressiva, acerca de uma nova paternidade. Surge uma nova imagem do pai, enquanto progenitor não só comprometido com o sustento económico e a educação do(s) filho(s), mas também envolvido e capaz de assumir os cuidados, em qualquer fase do desenvolvimento da criança.

Nasce assim a imagem de um pai diferente com envolvimento ativo nos cuidados à família.

Quando a paternidade é vivenciada desde a gravidez, surge um novo pai diferente do modelo tradicional desenvolvendo sentimentos de afetividade e vinculação que beneficiam a construção do trinómio pai - mãe - filho. Este novo pai participa da gravidez, das alegrias do nascimento e das tarefas diárias outrora reservadas exclusivamente às mães (Freitas, Coelho e Silva, 2007). Para Benczik (2011; cit. Pupo), o ideal é que o pai participe dos cuidados com a criança desde o momento do nascimento, deve assistir ao banho, ajudar na troca de fraldas, porque fazer parte da vida de um filho é fazer parte do seu mundo, é conhecê-lo.

Pensando como Mendes (2009), apesar de subsistirem valores patriarcais, que atribuem ao homem o papel de provedor da família, cabendo à mulher o papel de cuidadora e mediadora das relações familiares, o conceito e vivência da maternidade/paternidade têm sofrido alterações, sendo a ampliação dos papéis, a transformação mais marcante.

Ocorrem assim mudanças que determinaram novas formas de estabelecer relações entre pais e filhos, construindo a vivência de afetos, carinho, empatia e respeito.

Para o mesmo autor (2009: 44), associado a toda esta evolução,

... os casais procuram, cada vez mais, alcançar uma nova igualdade no envolvimento parental, sendo necessário que o pai incorpore a sua efetiva participação, desde o período pré-concepcional, e estenda a sua atenção aos cuidados essenciais do(s) filho(s), no acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento.

São vários os autores que nos últimos anos têm efetuado pesquisa sobre os processos através dos quais as pessoas estruturam, desenvolvem e mantêm laços afetivos no decorrer do ciclo vital. Nesse sentido, Bowlby desenvolveu a teoria do apego, também referida como teoria da vinculação. Trata-se de uma concepção teórica do desenvolvimento sócio emocional que evidencia a existência de uma necessidade humana inata para formar laços afetivos íntimos com pessoas significativas. Este processo desenvolvido durante a infância, vai evoluindo à medida que a criança cresce, fazendo parte da sua personalidade, transformando-se numa representação mental da relação de apego, que tende a persistir ao longo da vida e exerce influência nas futuras relações afetivas (Schmidt e Argimon, 2009).

Ao formular a teoria da vinculação, Bowlby realça a importância da dimensão relacional no desenvolvimento psicológico do indivíduo, enfatizando a necessidade humana universal de estabelecer uma relação de proximidade capaz de proporcionar segurança e proteção ao longo da vida (Viera, 2008; cit. Ainsworth e Bowlby, 1991, Bretherton, 1992).

O sistema comportamental de vinculação, que está presente nos seres humanos a partir do nascimento é constituído por comportamentos biológicos característicos da espécie e que contribuem para a sobrevivência do indivíduo (Vieira, 2008; cit. Bowlby, 1958, Bretherton, 1992, Cassidy, 1999).

Os comportamento de vinculação próprios, que as crianças inicialmente apresentam são pois, manifestações inatas como o chupar, agarrar, seguir, chorar, sorrir e outras, vão-se desenvolvendo e orientando com a função de criar e manter a proximidade ou contato com a mãe, garantindo a satisfação das necessidades de segurança e proteção (Vieira, 2008; cit. Ainsworth e Bowlby, 1991, Cassidy, 1999).

Para Vieira (2008); cit. Ainsworth (1991) define vinculação, enquanto ligação emocional, não é necessariamente sinónimo de relação, sendo o que caracteriza uma relação a



sua componente diádica. A ligação afetiva é uma característica do indivíduo ainda que desenvolvendo-se num contexto relacional.

As investigações sobre apego efetuadas por vários autores e referenciados por Schmidt e Argimon (2009), incluem o período fetal como um período também de vinculação, evidenciando que o apego materno fetal é preditor do apego pós-natal entre mãe e bebê. Por sua vez, a qualidade do relacionamento de apego entre os pais e seus progenitores reflete-se no tipo de apego com a criança e o apego da mãe está relacionado com a habilidade de entender e responder às necessidades do filho. Assim, a representação mental do adulto, das suas próprias relações precoces de apego vai refletir-se nos subsequentes comportamentos parentais.

A designação apego-materno-fetal é usada para “descrever os comportamentos e atitudes da mulher de adaptação à gravidez, sendo esses comportamentos baseados em representações cognitivas que incluem o imaginário da mãe, bem como suas atribuições sobre as características físicas e emocionais do feto” (Schmidt e Argimon, 2009: 212; cit. Siddiqui e Hagglof, 2000).

Para Thomaz, Lima, Tavares e Oliveira (2005: 139); cit. Biaggio (1996), “a ligação afetiva é o vínculo que uma pessoa ou animal forma com outro indivíduo específico, sendo a formação das primeiras relações entre mãe e bebê os protótipos de todas as relações sociais futuras.”

Os mesmos autores (2005: 139) referindo-se a Bowlby (1977) afirmam que “o apego é conceituado como um vínculo do bebê para com sua mãe.”

Borsa (2006: 314), referindo-se a Klaus, Kennel e Klaus (2000), realça a expressão **formação do vínculo** como o

... investimento emocional dos pais em seu filho. É um processo que é formado e cresce com repetidas experiências significativas e prazerosas. Ao mesmo tempo outro elo, geralmente chamado de “apego”, desenvolve-se nas crianças em relação a seus pais e a outras pessoas que ajudem a cuidar delas. É a partir desta conexão emocional que os bebês podem começar a desenvolver um sentido do que eles são, e a partir do que uma criança pode evoluir e ser capaz de aventurar-se no mundo.

As relações materno-fetais podem ser afetivamente positivas e negativas. A primeira é caracterizada como relação sólida, segura e protetora, antevendo-se que o feto que vivencie essa ligação seja no futuro uma criança confiante e extrovertida. A relação afetivamente negativa terá como consequências a vulnerabilidade, o desamparo e o mal-estar do bebê que poderão estar na origem de uma criança insegura, introvertida e ambivalente (Sá, 2004; cit. Bonomi, 2002).

Barradas (2008: 39) e de acordo com Klaus e Kennel (1976) afirma que,

... as etapas de ligação pais/recém-nascido, são iniciadas antes da concepção e seguem a seguinte evolução:

- planeamento da gravidez
- confirmação da gravidez
- aceitação da gravidez
- percepção dos movimentos fetais
- aceitação do feto como pessoa
- nascimento
- percepção do choro e visualização do bebé
- o contacto com o recém-nascido
- a maternidade e os seus cuidados diários.

Figueiredo (2003: 523) realça que,

no estabelecimento da vinculação da mãe ao bebé interferem numerosas dimensões, de cariz biológico, psicológico e sócio cultural, que dizem particularmente respeito à gravidez, ao parto e ao pós parto imediato, e se referem à mãe, mas também ao pai e ao bebé.

Historicamente o parto foi vivenciado como um evento feminino, sendo a mãe, parentes, vizinhas e a parteira que prestavam apoio durante o trabalho de parto e parto. Posteriormente, o parto sofreu um processo de medicalização significativa, em vários países do mundo ocidental, deixando de ser um evento feminino, doméstico e fisiológico, passando a ser um ato médico vivido num hospital. Este avanço técnico trouxe benefícios mas também a adesão a uma prática obstétrica medicalizada que caracteriza a assistência ao parto, perdendo-se o acompanhamento familiar (Crepaldi e Mota, 2005).

Tomeleri, Pieri, Violin, Serafim e Marcon (2007), afirmam que o nascimento de um novo ser se tornou um processo artificial complexo e desumano, distante do ambiente familiar, sendo que o parto representa uma transição importante na vida da mulher e da família. Os mesmos autores (2007) referem que para o pai, o parto é um momento de intensas emoções, possibilitando-lhe a primeira aproximação com o filho sem intermediações da mulher. Esta participação promove a formação de vínculos precoces entre pai e bebé.

A parturiente ficava dependente da interação com a equipa, marcada pelos cuidados técnicos e pelo uso da tecnologia. Assim sendo, vivenciar as ansiedades e angústias do trabalho de parto trona-se mais difícil, quando a mulher não está acompanhada do companheiro ou de um familiar.

A esse respeito, Crepaldi e Mota (2005: 106); cit. Klaus, Kennell e Klaus (2000), afirmam que,

(...) ser deixada sozinha, durante o trabalho de parto, não é apenas assustador, mas representa uma severa ameaça ao autoconceito da mulher. Ser protegida é ser valorizada, em um momento de intenso egocentrismo e temor. A espécie de atendimento que uma mulher recebe, neste período de vulnerabilidade, é crucial para a sua avaliação subsequente da experiência, para seu comportamento maternal posterior e para seu autoconceito.

A presença do pai na sala de partos é importante para a saúde do casal e do bebê, melhorando a sua afetividade, produzindo benefícios na tríade mãe/pai/bebê (Barradas, 2008).

Carvalho (2003), num estudo efetuado sobre a participação dos pais no nascimento refere que, aqueles que já haviam participado em parto ou cesariana de filhos anteriores, não evidenciaram medo, parecendo que este já havia sido desmistificado.

O pai presente no parto permite acompanhar de perto e de forma ativa o nascimento de seu filho. O apoio do companheiro integra-se na humanização da assistência preconizada pela OMS, baseado nas evidências científicas de que a presença de um acompanhante proporciona segurança emocional à mulher com benefícios para ela e para o filho (Carvalho, Brito, Araújo e Sousa, 2009).

Com a implementação da Lei n.º 14/85 que garante o direito da mulher a ter um acompanhante da sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, observou-se uma mudança em relação à inserção do pai como acompanhante da mulher no processo de nascimento do seu filho.

Para Barradas (2008: 41) referindo-se a Costa, Figueiredo e Pacheco (2002),

... há estudos que evidenciam a importância de uma pessoa significativa que proporcione apoio emocional, como um dos fatores suscetíveis de influenciar a experiência de parto de uma mulher e consequentemente o seu funcionamento global como mãe e a sua interação com o bebê. As mães consideram ser um apoio importante, proporcionando sensação de segurança e conforto.

A participação do pai no trabalho de parto e parto é reconhecido por Crepaldi e Motta (2005); cit. Klaus, Kennell e Klaus (1993) como fonte de apoio à parturiente proporcionando benefícios nos resultados perinatais. Os mesmos autores (2005), referindo-se a pesquisas efetuadas por Carvalho (2001), Sousa e Pinto (2001), Klaus, Kennell e Klaus (2000) onde demonstraram que a participação do pai no parto se traduz em fonte de apoio importante e que as parturientes avaliam positivamente a sua presença, pois fornece-lhes segurança e conforto. Com o integração do homem no trabalho de parto, acompanhar e confortar a mulher adquirem um novo papel para ele (Cripaldi e Motta, 2005; cit. Videla, 1997, Carvalho, 2001). Numa pesquisa efetuada por Carvalho (2001) e citada pelos mesmos autores (2005) demonstra que a presença do pai produz satisfação e segurança à vivência do trabalho de parto.

Para Carvalho, Brito, Araújo e Sousa (2009) as reações apresentadas pelos pais no momento do parto são diversas. Alguns ficam dececionados por acharem o recém-nascido diferente do desejado ou por não ser do sexo pretendido, alguns ficam temerosos pela responsabilidade de ter um filho, outros emocionam-se profundamente ao ver o filho tão esperado. Os mesmos autores (2009) referindo-se a Espirito Santo e Bonilha (2000) atestam

que, adicionados a isso, os pais têm sensação de alívio quando o bebê vem ao mundo. São inundados de alegria e querem tocar, acariciar e conhecer o filho.

A prática de oferecer ao pai a oportunidade de cortar o cordão umbilical, no nascimento do filho, é frequentemente efetuada pelos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia, no sentido de promover o envolvimento emocional do pai com o recém-nascido. Esta prática vai de encontro às práticas de humanização do parto, que proporcionam o envolvimento do pai nos cuidados durante o trabalho de parto e parto (Brandão, 2009; cit. Waldenstrom, 1999). Numa investigação efetuada, Brandão (2009) concluiu que o corte do cordão umbilical efetuado pelo pai no nascimento parece beneficiar a relação emocional entre o pai e o recém-nascido.

Para o casal ter um filho pode significar o alcance de uma meta concretizada na sala de partos, quando o fenómeno de imaginário passa a ser real (Carvalho, *et al.*, 2009). Em estudos efetuados pelos mesmos autores (2009), referem que quando os pais participam na gravidez de uma maneira efetiva, é no pré-natal que surge o desejo de estar com a mulher na sala de partos, reconhecendo o parto como um momento importante com benefícios para todos os envolvidos no processo. Salientam ainda que, os homens, na fase do trabalho de parto, experimentam um processo de interação com eles mesmos, a companheira e o ambiente que os leva a ter uma atitude diferenciada, de preocupação, medos, nervosismo e insegurança, necessitando de cuidados de atenção.

Com o objetivo de aliviar as tensões e opressões provenientes do parto, os profissionais de saúde devem estar despertos no sentido de reverter o medo em sentimentos que impulsionem o homem a apoiar e partilhar com a mulher, o nascimento do filho. A equipa de enfermagem deve assim estimular o acompanhante a interagir, a sentir-se mais ativo e útil no trabalho de parto, proporcionando à parturiente apoio emocional e físico (Crepaldi e Mota, 2005).

### 3 – VIVER O NASCIMENTO – PROMOVER A RELAÇÃO

O período imediatamente a seguir ao nascimento é muito importante, os laços afetivos antes do nascimento são frágeis e podem enfraquecer se não forem reforçados. Com o nascimento do recém-nascido o contato íntimo não é interrompido mas prolongado, com o envolvimento pelos braços da mãe, o contato pele a pele, o cheiro do corpo, do leite da mãe, a visualização da face, a voz dos pais, o que alguns autores designam de “vinculação primária” (Barradas, 2008).

Para Gome-Pedro, Nugent, Young e Brazelton (2005: 63) “imediatamente após o parto, os pais entram num período único durante o qual o que acontece pode ter diversos efeitos na família.” É neste curto período que a vinculação dos pais em relação ao filho começa, por vezes, a florescer.

Brazelton (1988), referiu que o Dr. Leboyer sugere que as salas de parto sejam menos intensamente iluminadas, com menos barulho, temperatura amena para mantermos os recém-nascidos despertos após o nascimento para se vincularem bem aos pais. Ainda para o mesmo autor (1988) enfatizando Klaus e Kennell, deve dar-se ao recém-nascido e aos pais um tempo íntimo, para que a vinculação possa ter lugar nesse momento tão recetivo. Recomendam que o ideal será o recém-nascido nascer sem medicação mantendo-se assim mais desperto e capaz de reagir. Estando a mãe acordada, esta será capaz de o ver, tocar e dar de mamar. Se o pai estiver presente, será uma oportunidade maior de se tornar uma família.

Para alguns autores o *bonding* está favorecido no parto normal em relação ao parto por cesariana, já que nesta implica um período mais alargado de separação com o recém-nascido (Figueiredo, Marques, Costa, Pacheco e Pais, 2005).

Barradas (2008) realça o facto de, com o parto haver uma separação fisiológica da mãe e do filho. Quebra-se a imagem idealizada do recém-nascido, ao mesmo tempo em que este passa a tornar-se um ser independente da mãe. O recém-nascido real substitui o recém-nascido imaginário.

O mesmo autor (2008: 42) citando Brazelton e Cramer refere que “os bebés recém-nascidos estão magnificamente programados para se adaptarem às fantasias dos pais e para recompensar o trabalho de parto”.

Gomes-Pedro, *et al.* (2005) dão-nos conta de estudos efetuados em Inglaterra por Macfarlane e seus colegas onde perguntaram a 97 mães normais e saudáveis, quando é que começaram a sentir amor pelo seu recém-nascido. As respostas foram as seguintes: durante a gravidez, 41%; no nascimento, 24%; na primeira semana, 27%; após a primeira semana, 8%.

Num outro estudo, entre dois grupos de mães primíparas, 40% referiu que a reação emocional ao pegarem no recém-nascido pela primeira vez fora de indiferença. A mesma resposta foi obtida em 25% de 40 mães múltíparas. Em 40% de ambos os grupos sentiram afeição imediata. Grande parte das mães dos dois grupos desenvolveu afeição pelos seus bebés na primeira semana. Nos casos em que o trabalho de parto foi doloroso, as mães foram medicadas com meperidina ou quando as membranas foram rasgadas artificialmente, o início da afeição maternal foi adiado.

Gomes-Pedro *et al.* (2005), referindo-se a Winnicott, designa esta fase de afeição materna de período sensível materno. Esta sensibilidade aumenta durante a gravidez, mantém-se num nível elevado logo após o nascimento do bebé e diminui nas semanas a seguir ao nascimento. Alterações endócrinas estão na origem do processo, sendo que a hipersensibilidade ou preocupação materna é muitas vezes confundida pelos profissionais de saúde como uma ansiedade excessiva.

Os mesmos autores (2005) dizem-nos que nos últimos anos se têm vindo a efetuar estudos sobre a hipótese de que a quantidade de tempo que mãe e filho têm para um contato íntimo nos primeiros minutos, horas ou dias de vida do bebé, alterar a qualidade da vinculação. Foi concedido às mães mais tempo para ficarem com os seus bebés, após o nascimento. Um mês depois, as mães do grupo que tinha tido contato suplementar demonstravam um comportamento significativamente mais carinhoso em relação aos seus bebés. Num outro estudo, em que o contacto entre mães e bebés e a amamentação se estabelece na primeira hora de vida, verificou-se um aumento significativo na duração deste processo de alimentação.

O bebé quando nasce já é um ser dotado de competências para a interação como o seguir, o olhar, o choro, o agarrar, o balbuciar e o sorrir reflexo, que lhe confere uma competência comunicativa e social elevada, tornando-o capaz de desencadear e conduzir momentos interativos com os progenitores (Albuquerque, Coimbra, Grilo e Camarneiro, 2009).

Klaus (1998) realça que em observações comportamentais e fisiológicas de recém-nascidos e suas mães, aqueles mostram-se prontos para interagir nos primeiros minutos de vida. A observação mais impressionante, é a capacidade de um recém-nascido, colocado em cima do abdómen da mãe após o nascimento, gatinhar até ao peito, encontrar o mamilo e começar a mamar. Se a criança é seca com uma toalha fofa e quente, e de seguida, colocada no abdómen da mãe sem ser retirada, nos 60 minutos seguintes, o recém-nascido inicia uma sequência de cinco etapas. Nos primeiros 30 minutos, o recém-nascido descansa e olha para a sua mãe de forma intermitente. Entre 30 e 40 minutos, começa a procurar com a boca formando-se uma onda de saliva no queixo do bebé. Em seguida, a criança começa a avançar

lentamente, fazendo força com as pernas empurrando o baixo-ventre da mãe. Quando alcança o esterno, deita a cabeça no seu peito e ao mover-se vira a cabeça de um lado para o outro. Ao chegar perto do mamilo, abre a boca amplamente e após várias tentativas coloca os lábios na perfeição sobre a aréola do mamilo. O cheiro do mamilo orienta a viagem. Se a mama direita for lavada com água e sabão, o bebê procurará a mama esquerda e vice-versa. Se ambas as mamas forem lavadas, a criança desloca-se para o local que é embebido com líquido amniótico da mãe.

Para o mesmo autor (1998), muitos estudos comprovam que o contato pele-a-pele tem um efeito calmante e reconfortante sobre o recém-nascido, realçando que nos primeiros 90 minutos após o nascimento, se realizado contacto pele-a-pele no abdômen da mãe o recém-nascido quase não chora em comparação com as crianças que foram colocadas em berços após a secagem e embrulhados em cobertores. Os mesmos estudos revelam ainda que a mãe vai amamentar com mais sucesso e por longos períodos de tempo quando é permitido ter contato precoce. Verificou-se também que em países onde um número preocupante de crianças foram abandonadas pelas mães na maternidade, a introdução do contacto precoce com sucção contínua e alojamento conjunto, reduziu significativamente a frequência de desfechos tristes com abandono, abuso e negligência.

Também Vaglio (2009) realça que a relação emocional entre mãe e o filho recém-nascido, começa com o reconhecimento mútuo, com início na gestão e prolonga-se com o nascimento, acrescido de contato corporal e lactação. O designado *imprinting* efetua-se por meio visual, auditivo e olfativo e ocorre muito cedo durante o chamado “período crítico”. A partir do início de gravidez o olfato parece representar um fio de *Ariadne*, o que permite à criança após o nascimento, encontrar a sua mãe.

Os sinais químicos humanos desempenham um papel importante no mecanismo de identificação da díade, mãe-filho, sendo que o odor do recém-nascido é absolutamente notável para a sua mãe, dando-lhe a capacidade de distinguir o odor do seu filho comparando com outros recém-nascidos. Por sua vez, os recém-nascidos são sensíveis aos odores maternos e logo após o nascimento mostram uma atração ao odor do líquido amniótico, refletindo a exposição fetal à substância. O líquido amniótico humano tem propriedades de odor individualizados, que são úteis para iniciar interações pais-recém-nascido.

No nascimento e durante as primeiras semanas de vida, o padrão olfativo distinto da área para-axilar é útil para os recém-nascidos, para reconhecer e distinguir a sua própria mãe. O odor característico da região mamilo-areola é útil como um guia para a alimentação, sendo uma resposta adaptativa inata dos recém-nascidos para localizar o mamilo.

Para Zorzi (2010), a primeira hora após o nascimento do recém-nascido, poderá influenciar na maneira como a criança se vai ligar à mãe e na capacidade de amar desta criança, na formação do vínculo entre mãe-pai e filho. Quanto mais precocemente ocorrer este contacto, maiores serão as hipóteses de se desenvolverem laços afetivos. Este envolvimento emocional está inserido no contexto do *bonding* pais/recém-nascido.

O termo *bonding* foi introduzido por Klaus e Kennell em 1976, definindo-o como a relação única, específica e duradoura que se estabelece com o filho. Para estes autores esta relação estabelece-se desde que se verifiquem os primeiros contactos entre mãe e filho, sendo facilitada pelo sistema hormonal da mãe que sofre alterações na sequência da gravidez e parto, e é estimulada pela presença do recém-nascido nos momentos imediatos ao parto (Figueiredo, 2003).

Para a compreensão do estabelecimento do vínculo materno-infantil que se observam na generalidade das mães Figueiredo, (2013: 17); cit. Klaus, Kennell e Klaus, (1996), salientam três ideias principais: “1) a existência de um período sensível e crítico nos momentos a seguir ao parto, 2) a importância do equipamento hormonal da mãe e da presença do bebé, e 3) a articulação entre os equipamentos bio-comportamentais da mãe e do bebé”. Os mesmos autores referem a existência a seguir ao parto de um período ótimo/sensível para a vinculação materna. Posteriormente admitem que, embora propícia, a altura do parto pode não ser momento único para o estabelecimento do vínculo. Referem ainda que o mesmo poderá acontecer em outros momentos, tornar-se-ia demasiado perigoso para a preservação da espécie que fosse suscetível de acontecer no pós-parto inicial (Figueiredo, 2003; cit. Klaus *et al.*, 1996).

Para Gomes-Pedro *et al.*, (2005: 66), “quando possibilitamos aos pais estarem com o seu bebé em privado, durante a primeira hora e durante toda a permanência no hospital, estabelecemos o ambiente propício para o início do processo de vinculação familiar”. Sabe-se que recém-nascidos normais, quando estão alerta e serenos nos primeiros minutos e horas de vida veem, ouvem, imitam expressões faciais, seguem a voz da mãe, “o que resulta numa maravilhosa ligação das reações dos dois e numa **dança** sincronizada entre a mãe e o bebé”. Este desenrolar de capacidades motoras e sensoriais, suscita reações na mãe e no pai promotoras de vinculação. Estudos efetuados referem que estas interações também se verificam entre o pai e o bebé recém-nascido. Constatou-se que o envolvimento paterno aumenta significativamente quando se permite ao pai interagir com o bebé durante uma das suas primeiras horas de vida. Estabeleceu-se um comportamento mais ativo e de comunicação com o bebé mostrando estar mais envolvido nas tarefas de cuidar do filho, seis semanas após o nascimento.



Para Brazelton (1988), aprender a ser pai e mãe pode ser um processo complexo para a maioria das pessoas tornando-se num papel exigente para o bem e para o mal. Os momentos que se seguem ao parto são habitualmente ricos em experiências de cuidar, sendo sentidos pelos pais e profissionais de saúde determinantes para o sucesso do processo que se inicia.

Para os autores Albuquerque, Coimbra, Grilo e Camarneiro (2009: 16); cit. Buurroughs (1995: 251), “a promoção da aproximação entre mãe e filho é talvez, um dos maiores e mais interessantes desafios para a enfermagem”. Para estes autores (2009: 16), “o enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada para ajudar os pais a interagirem com o seu filho, a avaliar as suas necessidades e as características do seu comportamento, bem como para informar, instruir, treinar e supervisionar os cuidados que prestam”.

No momento do nascimento os pais novos, jovens e inseguros são apoiados e reforçados pelo pessoal médico e de enfermagem o que os leva a sentirem-se importantes para o bebé, acreditando que depois de uma experiência tão compensadora como esta transmitam este sentimento de maior autoestima para o bebé. Esta é sem dúvida, uma oportunidade única para a equipa multidisciplinar poder apoiar os pais ensinando-os a valorizarem-se enquanto pais, e a valorizarem o recém-nascido como sendo um ser humano extraordinário e influenciar o percurso futuro da vida familiar (Brazelton, 1988).

As práticas de cuidar pressupõem um maior envolvimento do pai nos cuidados ao recém-nascido, resultante de uma alteração de valores instituídos na sociedade nos papéis de mãe e pai (Silva, 2006).

O mesmo autor, (2006: 18) considera que,

... muitos profissionais de saúde que trabalham com os Pais nesta fase do ciclo de vida, consideram que ambos, necessitam de muita informação durante este período, no que concerne à aprendizagem de práticas do cuidar e ao desenvolvimento de competências parentais, já que apresentam na maioria das vezes insegurança nos cuidados ao RN logo após o nascimento.

É normal que os pais que o são pela primeira vez, não confiem em si próprios e questionem a sua competência, tornando-se fundamental, oferecer-lhes este tipo de experiência esclarecedora, para que possam desenvolver as capacidades necessárias promotoras de vinculação.

O recém-nascido traz consigo, para esta vida, a característica universal que garante que o esperam (e nele confiam) as necessidades e impulsos de determinadas mulheres, as tradições de gerações e gerações de mulheres e as instituições universais da maternidade.

Erik Erikson, *Insight and Responsibility*

## **PARTE II**



## **ESTUDO EMPÍRICO**

## 1 – METODOLOGIA

Sendo a investigação um processo de estruturação do conhecimento, tem como objetivos conceber novo conhecimento ou validar um conhecimento já existente numa determinada área científica (Sousa e Batista, 2011). Para Fortin (2009), o processo consiste em examinar fenómenos para obter respostas a determinadas questões que se pretende aprofundar. Os mesmos autores (2011) referem que a investigação deve obedecer a um conjunto de regras e procedimentos de total rigor científico de forma a assegurar a qualidade e fiabilidade dos resultados.

Para Fortin (2009), a metodologia a escolher deve ter em conta a natureza do problema a estudar, o recursos disponíveis e o nível de conhecimento sobre o tema. Além de explorarmos um fenómeno pretendemos “obter mais informações quer seja sobre as características de uma população, quer seja sobre os fenómenos em que existem poucos trabalhos de investigação”.

Para Ribeiro (2006), a investigação aproveita os conhecimentos já existentes e consolidados sobre determinado estudo, referindo que a ciência é cumulativa e que os novos conhecimentos se constroem sobre os anteriores, desse modo, tais conhecimentos vão-se ampliando.

De acordo com Mendes (2009: 54), referindo-se a Klaus e Kennel (1992), “o envolvimento do pai na gravidez, no parto e no pós-parto pode exercer uma influência significativa no estabelecimento e no desenvolvimento do apego da tríade familiar mãe-pai-filho...”.

As investigações referem que a experiência da paternidade se tem modificado.

Enquanto enfermeira a prestar cuidados no serviço de obstetrícia, observamos o nascimento, cada vez mais com solicitação da presença do pai no parto.

Conscientes do que refere Brazelton (1988: 68), “podemos influenciar os pais de tal modo, que estes aprendam a valorizar a si mesmos como pais e a valorizar o seu bebé como um ser humano que pode causar emoções excitantes”, quisemos aprofundar de forma científica, os conhecimentos sobre a relação emocional dos pais com o filho recém-nascido, tentando compreender o envolvimento emocional que se estabelece entre aqueles e os fatores que o influenciam.

Nesse sentido, e acreditando na importância da participação do pai no nascimento do filho, colocamos a seguinte questão de investigação: **será que a relação emocional do pai**

**com o filho recém-nascido é diferente da relação emocional da mãe com o filho recém-nascido?**

Queremos contribuir para uma melhor compreensão do envolvimento emocional que se estabelece no parto entre os pais e o recém-nascido. Assim, a presente investigação tem como objetivos:

- **Identificar a relação emocional dos pais com o filho recém-nascido.**
- **Compreender a relação das vivências do parto com o tipo de relação emocional dos pais com o recém-nascido.**
- **Comparar a relação emocional de cada um dos progenitores com o filho recém-nascido.**

No presente capítulo, descrevemos a metodologia usada neste estudo de investigação a qual permitirá uma melhor compreensão do fenómeno. Será explicado o tipo de estudo, hipóteses de investigação, variáveis e sua operacionalização, população e amostra do estudo, instrumento de colheita de dados, procedimentos éticos e o tratamento estatístico dos dados.

## **1.1 – TIPO DE ESTUDO**

Para a presente investigação optámos por um estudo descritivo-correlacional, transversal e de abordagem quantitativa. Um estudo descritivo-correlacional pretende explorar relações entre vários conceitos com o objetivo de determinar os que estão associados (Fortin, 2009). A opção por este tipo de estudo relaciona-se com o facto de pretendermos aprofundar o tema e acrescentar conhecimento sobre a relação emocional dos pais com o filho recém-nascido e verificar se a vivência do parto a influencia.

É um estudo transversal porque retrata a realidade num determinado momento tal como refere (Fortin, 2009).

## **1.2 – HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO**

Para Fortin (2009), uma hipótese é um enunciado que prevê relações entre duas ou mais variáveis. O mesmo autor (2009) refere ainda que a hipótese tem por objetivo explicar um fenómeno apoiando-se em bases teóricas.

Elaborámos as hipóteses a partir da fundamentação teórica realizada e da nossa prática clínica. Procurámos que fossem claras, objetivas e específicas, de modo que fosse possível serem testadas.

### **Hipótese de investigação para este estudo:**

- H1** - Há relação entre as características sociodemográficas (idade, género, nacionalidade, profissão, estado civil, duração do atual relacionamento, tipo de família e nível socioeconómico) e a relação emocional dos progenitores com o recém-nascido.
- H2** - Há relação entre (ser o primeiro filho, presença do pai no nascimento de outros filhos e o número de filhos, da relação atual e anteriores relacionamentos) e a relação emocional dos progenitores com o recém-nascido
- H3** - Há relação entre as características da gravidez (planeada, desejada, dificuldades em engravidar, gravidez medicamente assistida, opção de interrupção da gravidez, complicações da gravidez) e a relação emocional dos progenitores com o recém-nascido.
- H4** - Há relação entre a preparação para o parto (número de consultas, presença do pai nas consultas e ecografias, frequência de curso de preparação para o parto, escolha do enxoval, comunicação sobre o bebé com o companheiro e sentir o bebé mexer durante a gravidez) e a relação emocional dos progenitores com o recém-nascido.
- H5** - Há relação entre as vivências do parto, (tipo de parto, preferência pelo sexo do recém-nascido, acompanhamento do pai no trabalho de parto e período expulsivo, corte do cordão umbilical, contacto do recém-nascido com o abdómen da mãe, tocou ou pegou ao colo, vestiu o recém-nascido e ajudou na primeira mamada e ajudou no primeiro banho) e a relação emocional dos progenitores com o recém-nascido.
- H6** - Há relação entre a predisposição para partilhar as tarefas de cuidar do filho e a relação emocional dos progenitores com o recém-nascido.
- H7** - Há diferença na relação emocional de cada um dos progenitores com o filho recém-nascido.

Após a formulação das hipóteses, procedemos à definição e operacionalização das variáveis do estudo.

### 1.3 – VARIÁVEIS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO

Para Fortin (2009), variável é todo o conceito ao qual se pode atribuir uma medida, sendo que as variáveis são as unidades de base da investigação. Estas podem ser de qualidades ou características atribuídas a acontecimentos ou pessoas que constituem objeto de investigação e às quais corresponde um valor numérico. As variáveis podem ser independentes, dependentes, de investigação, atributos e estranhas, de acordo com o papel que exercem na investigação.

**Variável dependente** é aquela que se pretende explicar ou descobrir e que é influenciada, determinada ou afetada pelas variáveis independentes (Fortin, 2009).

Definimos para este estudo, como variável dependente: **a relação emocional, (*bonding*) entre os progenitores e o recém-nascido.**

Para avaliação da variável dependente foi utilizada a escala de *bonding* que tem como objetivo avaliar o envolvimento emocional da mãe ou pai com o bebé, onde, através de alguns adjetivos, os pais descrevem o modo como se sentem no momento, em relação ao filho. Trata-se da versão portuguesa alargada, da *Mother-to-infant Bonding Scale* (MIBS) e é composta por 11 itens de auto relato numa escala tipo *Lickert* de 4 pontos (Figueiredo e Costa, 2005, 2009). Os itens estão organizados em três subescalas tal como se observa no quadro 1.

**Quadro 1** – Subescalas de *Bonding*

Subescalas	Categorias	Itens
<i>Bonding</i> positivo	Avalia o envolvimento emocional positivo	Afetoso Protetor Alegre
<i>Bonding</i> negativo	Avalia o envolvimento emocional negativo	Zangado Agressivo Triste Ressentido Desgostoso Desiludido
<i>Bonding not clear</i>	Avalia emoções não claramente relacionadas com o envolvimento emocional dos pais com o bebé	Medroso Neutro ou sem sentimentos

Figueiredo e Costa (2005, 2009) referem que:

os itens são cotados com 0, 1, 2 ou 3, consoante a emoção a que o item se refere está 'nada', 'um pouco', 'bastante' ou 'muito' presente na relação da mãe/pai com o bebé. O somatório das pontuações obtidas nos itens a dividir pelo número de itens da subescala permite obter o resultado em cada uma das subescalas: 'Bonding positivo', 'Bonding negativo' e 'Bonding not clear'. O resultado total obtém-se 1) transpondo para pontuação inversa a cotação obtida nos itens das subescalas 'Bonding negativo' e 'Bonding not clear' ('nada' = 3; 'um pouco' = 2; 'bastante' = 1; 'muito' = 0); 2) somando os resultados assim obtidos nos itens das subescalas 'Bonding negativo' e

‘Bonding not clear’ com os resultados nos itens da subescala ‘Bonding positivo’; 3) dividindo o valor obtido pelo número total de itens da escala, 11.

Quanto mais elevado o resultado no item, mais presente está a emoção a que se refere na relação da mãe/pai com o bebé. Quanto mais elevado o resultado na subescala, mais presente está a dimensão que avalia na relação da mãe/pai com o bebé. E, quanto mais elevado o resultado total, melhor o envolvimento emocional da mãe/pai com o bebé. Este poderá ser considerado pobre para um valor entre 0 e 1, moderado para um valor entre 1 e 2, e elevado para um valor entre 2 e 3.

**Variáveis independentes** são aquelas que influenciam, determinam ou afetam uma outra variável (Fortin, 2009).

Relativamente às variáveis independentes consideradas no presente estudo foram consideradas as variáveis sociodemográficas, variáveis de caracterização obstétrica e vivências do parto, que passamos a identificar e a operacionalizar.

#### Variáveis de caracterização sociodemográfica

Como variáveis sociodemográficas consideramos: idade, género, nacionalidade, profissão, estado civil, duração do relacionamento, tipo de família e nível socioeconómico dos pais.

*Idade* – Intervalo de tempo que decorre entre a data do nascimento e a data de referência. A idade é expressa em anos completos (INE, 2012). A resposta foi dada em número absoluto e posteriormente agrupada em intervalos de cinco anos.

*Género* – Categoria morfossintática baseada na distinção dos sexos (masculino ou feminino) (dicionário da língua portuguesa, 2012). A variável foi operacionalizada com duas alternativas de resposta: masculino e feminino.

*Nacionalidade* – País onde alguém nasceu e de que é cidadão. Condição jurídica e política própria de um cidadão nacional, adquirida por nascimento ou por naturalização (Dicionário da Língua Portuguesa, 2012).

*Profissão* – Ofício ou modalidade de trabalho, remunerado ou não, a que corresponde um determinado título ou designação profissional, constituído por um conjunto de tarefas que concorrem para a mesma finalidade e que pressupõem conhecimentos semelhantes (INE, 2010).

*Estado Civil* – Situação jurídica da pessoa composta pelo conjunto das qualidades definidoras do seu estado pessoal face às relações familiares, que constam obrigatoriamente do registo civil. Compreende as seguintes situações: a) Solteiro; b) Casado; d) Divorciado; c) Viúvo, (INE, 2003).

*Duração do atual relacionamento* – Conforme o Dicionário da Língua Portuguesa (2012), relacionamento define-se como o ato ou efeito de relacionar ou relacionar-se e ligação afetiva ou profissional; relação. Assim sendo, duração do atual relacionamento é o tempo decorrido da relação entre o casal. A resposta é dada em número absoluto, mas na sua operacionalização foi agrupada em intervalos de cinco anos.

*Tipo de família* – Alarcão (2006: 39) cit. Sampaio e Gameiro (1985: 11-12), define família como “um sistema, um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações, em contínua relação com o exterior, que mantém o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de estádios de evolução diversificados”. Encontram-se descritas na literatura muitas classificações de família. Interessa-nos para o nosso estudo definir apenas três tipos de família baseados em, (Alarcão, 2006).

Família nuclear - conjunto dos elementos que vivendo sob o mesmo teto estão unidos por laços biológicos e afetivos e que realizam atividades em comum. É composta pela mãe, pelo pai e pelos filhos.

Família monoparental - a geração dos pais é representada por um único elemento, ou mãe ou pai e filhos.

Família alargada ou extensa - coabitam ascendentes, descendentes e colaterais do grupo familiar.

*Nível socioeconómico* – Posição de um indivíduo dentro de uma estrutura social hierárquica. Para determinar o nível socioeconómico do casal foi utilizada a escala de Graffar que é uma classificação internacional criada em Bruxelas pelo Professor Graffar e adaptada para Portugal por (Amaro, 1990). A escala é constituída por cinco parâmetros: profissão, nível de instrução, fontes de rendimento, conforto do alojamento, aspeto da zona residencial, do elemento que auferir maior salário do agregado familiar. Para cada parâmetro estão definidas cinco categorias de resposta, sendo atribuído, a cada uma, um valor de um (1) a cinco (5). Assim sendo, a soma total da pontuação atribuída a cada parâmetro varia entre 5 e 25 sendo dividida em cinco níveis correspondendo cada nível a um estatuto socioeconómico diferente (Moniz, 2008).

Esta escala é de fácil utilização revelando-se um instrumento adequado para classificar a classe económica, e que tem sido usada em variados estudos da população portuguesa, permitindo a comparação de resultados.



**Quadro 2** – Operacionalização das variáveis de caracterização sociodemográfica

VARIAVEL	QUESTÃO	ESCALA DE MEDIDA	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
<b>Idade</b> (nº de anos de idade vividos até à data da recolha dos dados)	Aberta	Quantitativa contínua	– Nº inteiro em anos
<b>Género</b> (Género social)	Fechada	Qualitativa nominal	– Feminino – Masculino
<b>Nacionalidade</b> (País onde alguém nasceu e de que é cidadão)	Aberta	Qualitativa nominal	
<b>Profissão</b> (ofício ou modalidade de trabalho, INE, 2010).	Aberta	Qualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Profissões das forças armadas</li> <li>– Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos</li> <li>– Especialistas das atividades intelectuais e científicas</li> <li>– Técnicos e profissionais de nível intermédio</li> <li>– Pessoal administrativo</li> <li>– Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores</li> <li>– Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta</li> <li>– Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices</li> <li>– Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem</li> <li>– Trabalhadores não qualificados</li> </ul>
<b>Estado Civil</b>	Fechada	Qualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Solteiro(a)</li> <li>– Casado(a)/União de facto</li> <li>– Divorciado(a)/Separado(a)</li> <li>– Viúvo(a)</li> </ul>
<b>Duração do relacionamento</b> (Tempo decorrido da relação entre o casal)	Aberta	Quantitativa contínua	– Nº inteiro em anos
<b>Tipo de família</b>	Aberta	Qualitativa contínua	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Nuclear (pai, mãe e filhos)</li> <li>– Monoparental (ou pai ou mãe e filhos)</li> <li>– Alargada (pais, filhos e outros)</li> <li>– Outro</li> </ul>
<b>Nível socioeconómico</b> (Escala de Graffar)	Fechada	Qualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Nível I – mais elevado (5 a 9 pontos)</li> <li>– Nível II – médio alto (10 a 13 pontos)</li> <li>– Nível III – médio (14 a 17 pontos)</li> <li>– Nível IV – médio baixo (18 a 21 pontos)</li> <li>– Nível V – mais baixo (22 a 25 pontos).</li> </ul>

### Variáveis de caracterização obstétrica e vivências do parto

Como variáveis de caracterização obstétrica e vivências do parto, foram considerados dados sobre a gravidez, parto e pós-parto, que enumeramos: o primeiro filho, número de filhos, programação da gravidez, forma como aceitou o filho não planeado, tipo de complicações na gravidez, número de consultas de vigilância pré-natal, preparação do quarto/enxoval do bebé, comunicação entre o casal sobre o bebé, tipo de parto, preferência pelo sexo do recém-nascido, motivo da presença do pai no parto e perceção de cuidar do bebé sem ajuda de profissional de saúde.

Foram avaliadas mais algumas variáveis consideradas na literatura como sendo importantes para o bem-estar da família e vínculo ao recém-nascido que passamos a enumerar:

difficuldade em engravidar, frequência do curso de preparação para o parto, presença do pai durante o trabalho de parto, presença do pai no parto, oportunidade de cortar o cordão umbilical, contacto do recém-nascido com o abdómen da mãe, tocar ou pegar ao colo o recém-nascido, pai vestiu o recém-nascido, pai ajudou na primeira mamada, pai ajudou no primeiro banho, intenção de partilhar com a companheira(o) as tarefas de cuidar do recém-nascido. Estas variáveis foram avaliadas através de questões dicotómicas de sim ou não.

No presente estudo algumas das variáveis do questionário, foram consideradas como variáveis atributo, que para Fortin (2009: 172), “são características pré-existentes dos participantes num estudo”, pelo que não foram utilizadas na investigação.

**Quadro 3** – Operacionalização das variáveis de caracterização obstétrica

VARIÁVEL		QUESTÃO	ESCALA DE MEDIDA	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
É o seu primeiro filho		Fechada Dicotómica	Qualitativa nominal	– Sim – Não
Número de filhos	Da relação atual De outros relacionamentos	Aberta	Quantitativa contínua	– Nº inteiro
Programação da gravidez	Planeada Desejada	Fechada Dicotómica	Qualitativa nominal	– Sim – Não
Forma como aceitou o filho não planeado		Likert	Qualitativa ordinal	1-Muito bem 2-Bem 3-Razoavelmente 4-Mal 5-Muito mal
Tipo de complicações na gravidez		Aberta	Qualitativa nominal	
Número de consultas de vigilância pré-natal		Aberta	Quantitativa contínua	– Nº inteiro
Preparação do quarto/enxoval do bebé		Aberta	Qualitativa contínua	– Mãe – Pai – Conjuntamente – Outros
Comunicação entre o casal sobre o bebé		Likert	Qualitativa ordinal	1-Sempre 2-Muitas vezes 3-Algumas vezes 4-Raramente 5-Nunca
Tipo de parto		Aberta	Qualitativa ordinal	– Eutócico/Normal – Fórceps – Ventosa – Cesariana
Preferência pelo sexo do recém-nascido		Fechada Dicotómica	Qualitativa nominal	– Sim – Não – Indiferente
Motivo da presença do pai no parto		Aberta	Qualitativa ordinal	– Curiosidade de saber como se processa um parto – Desejo de ver o filho – Vontade expressa da companheira – Outros motivos
Perceção de cuidar do bebé sem ajuda de profissional de saúde		Likert	Qualitativa ordinal	1-Muito fácil 2-Fácil 3-Com alguma dificuldade 4-Difícil 5-Muito difícil
Que oportunidades gostaria que lhe tivessem sido proporcionadas na vivência do nascimento do filho		Aberta	Qualitativa nominal	

## 1.4 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para todo o tipo de investigação é necessário definir a população ou universo, que se designa como “um conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns” (Fortin, 2009: 311). Todos os elementos devem apresentar as mesmas características, estabelecidas por um conjunto de critérios (Fortin, 2009). Quando se define particularmente uma população, submetendo-a a um estudo, esta é designada de população alvo; esta população “é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalização” (Fortin, 2009: 311).

Designamos como população alvo do presente estudo, todos os pais e mães de recém-nascidos, cujo nascimento ocorreu nas maternidades da Unidade Local de Saúde da Guarda e Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã. Foi escolhida a população alvo deste estudo tendo em conta a área de residência do investigador e a proximidade do local de trabalho, podendo num curto espaço de tempo e com recursos económicos reduzidos, obter dados para concretizar a investigação.

Na impossibilidade de estudar toda a população, estudámos uma amostra definida como “a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo. Ela deve ser representativa desta população, isto é que certas características conhecidas da população devem estar presentes em todos os elementos da população” (Fortin, 2009: 312). A amostra da presente investigação insere-se dentro da categoria não probabilística, sendo utilizado o método de amostragem por conveniência, “constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos ... permite escolher indivíduos que estão no local certo e no momento certo” (Fortin, 1999: 210).

Os dados foram recolhidos durante os meses de Março, Abril e Maio de 2012 nas maternidades da ULS Guarda e CHCB Covilhã, junto dos progenitores de recém-nascidos que acederam participar na investigação respondendo ao instrumento de colheita de dados, pelo que a amostra ficou constituída por 160 casais, independentemente do seu estado civil.

Definiram-se os seguintes critérios de exclusão: não saber ler e escrever português; ter havido separação entre a mãe e o RN por internamento deste em neonatologia.

## 1.5 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Depois de definirmos o tipo de investigação, delineadas as hipóteses, variáveis e sua operacionalização, selecionada a população e amostra, de acordo com a questão de

investigação, o passo seguinte consiste na escolha do método apropriado para recolher a informação.

Para Fortin (1999: 261) “o processo de colheita dos dados consiste em colher de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para este fim”.

Na opinião do mesmo autor (2009), quando um investigador pretende estudar um fenómeno ainda mal conhecido, este deve recolher a maior quantidade de informação possível sobre aquele, de modo a identificar os diversos aspetos do fenómeno.

Fortin (2009: 368) refere que “os dados podem ser colhidos de diversas formas. (...) cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém ao objetivo do estudo, às suas questões de investigação ou às suas hipóteses”.

O instrumento de recolha de dados que utilizámos na presente investigação foi um questionário (Anexo 1) onde incluimos a escala de Graffar e a escala de *bonding*. É composto por 32 questões com perguntas fechadas, abertas e mistas, com um tempo médio de preenchimento de 10 minutos. O questionário está estruturado em três partes distintas de acordo com a natureza das questões. A primeira parte do questionário engloba questões de caracterização sociodemográfica: idade, género, nacionalidade, profissão, estado civil, tempo de duração do atual relacionamento e tipo de família e avaliação do nível socioeconómico do casal através da escala de Graffar. A segunda parte refere-se à caracterização obstétrica: dados sobre a gravidez, parto e pós parto. É constituída por questões abertas e fechadas de resposta única. A terceira parte do questionário é composta pela escala de *bonding*, versão portuguesa alargada (Figueiredo e Costa, 2005, 2009). O questionário termina com uma questão aberta onde os pais podem descrever oportunidades que gostariam que tivessem sido proporcionadas na vivência do nascimento do filho.

O questionário foi alvo de um pré-teste, com a finalidade de avaliar o entendimento das questões. Foram preenchidos nesta fase 10 questionários, não se verificando dificuldades de compreensão e preenchimento, pelo que não sofreu alterações. A aplicação dos questionários foi feita pela própria investigadora, junto de cada um dos elementos da amostra, depois de cumpridas as formalidades éticas.

## 1.6 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS

No decorrer deste estudo foram respeitados os princípios éticos que regem a investigação. Parafraseando Fortin (2009), a investigação que envolve seres humanos, deve

ter em conta as considerações éticas desde o início da investigação, respeitando a proteção dos direitos da pessoa.

Fortin, (2009: 186) descreve sete princípios éticos baseados no respeito pela dignidade humana:

- 1) o respeito pelo consentimento livre e esclarecido; 2) o respeito pelos grupos vulneráveis; 3) o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais; 4) o respeito pela justiça e pela equidade; 5) o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes; 6) a redução dos inconvenientes e 7) a otimização das vantagens.

A recolha dos dados só foi possível após aprovação pela Comissão de Ética do CHCB, Covilhã e do HSM, ULS Guarda e autorização dos respetivos conselhos de administração, (Anexos 3 e 4 respetivamente).

Assim, na presente investigação e na aplicação dos questionários, os sujeitos envolvidos foram informados acerca do estudo, objetivos pretendidos, informação sobre confidencialidade dos dados, anonimato e privacidade. Foi pedida autorização para a recolha de dados mediante assinatura do consentimento informado.

## 1.7 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Os dados recolhidos através do questionário foram processados no programa informático “*Statistical Package for the Social Sciences*” (SPSS), versão 19.0 para *Windows*. Para a análise dos resultados, utilizámos técnicas de estatística descritiva e inferencial, tendo estabelecido o nível de significância de 95% ( $\alpha=0.05$ ).

Para realizar a estatística descritiva, utilizámos, nas variáveis contínuas, medidas de tendência central (média, moda, mínimo e máximo e percentis) e medidas de dispersão (desvio padrão e variância). Nas variáveis nominais, foram utilizadas as frequências relativas (percentagens). Foi verificada a consistência interna da Escala de *Bonding*, no sentido de confirmar se todos os itens das respetivas subescalas medem o mesmo conceito, através dos indicadores de coeficiente de consistência interna: Alpha de Cronbach (que permite avaliar a estabilidade das respostas) e Coeficiente de Bipartição (Split-half) (que divide os itens em dois grupos, examinando a correlação dentro de cada grupo e entre os dois grupos). Estes indicadores variam entre 0 e 1 e a consistência é tanto maior quanto mais próximos de 1 estiverem (Pestana e Gageiro, 2008).

No teste de hipóteses utilizámos teste não paramétricos de acordo com as características das variáveis: Testes U de Mann-Whitney para variável nominal dicotómica e variável quantitativa, Correlações de Spearman para variáveis quantitativas e Testes de Kruskal-Wallis

para variável nominal com mais de três categorias e variável quantitativa, uma vez que, através do teste de Kolmogorov-Smirnov, não se verifica uma distribuição normal da amostra em todas as subescalas da variável com  $p < 0,001$ , conforme quadro 4.

**Quadro 4** – Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors

<i>Bonding</i>	<b>Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors<sup>a</sup></b>	
	<b>Estatísticas</b>	<b>p</b>
<i>Bonding</i> positivo mães	0,432	0,000***
<i>Bonding</i> negativo mães	0,513	0,000***
<i>Bonding</i> neutro mães	0,262	0,000***
<i>Bonding</i> total mães	0,208	0,000***
<i>Bonding</i> positivo pais	0,415	0,000***
<i>Bonding</i> negativo pais	0,497	0,000***
<i>Bonding</i> neutro pais	0,310	0,000***
<i>Bonding</i> total pais	0,190	0,000***

\* $p < 0,05$  \*\* $p < 0,01$  \*\*\* $p < 0,001$

Após termos definido a metodologia do estudo, passamos à análise e discussão dos resultados.

## 2 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo encontram-se os resultados referentes às vivências dos casais durante a gravidez e parto, através da caracterização sociodemográfica e obstétrica da amostra e da análise inferencial das hipóteses de investigação formuladas a partir da questão de investigação: **será que a relação emocional do pai com o filho recém-nascido é diferente da relação emocional da mãe com o filho recém-nascido?**

Optámos por apresentar a discussão dos resultados imediatamente a seguir à descrição dos mesmos, analisando e sistematizando os resultados mais pertinentes para o estudo.

### 2.1 – CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra é constituída por 160 casais, pais e mães de RN, nascidos nas maternidades da ULS Guarda e CHCB Covilhã. Os progenitores da amostra têm entre 18 e 45 anos, tendo a maioria, idades compreendidas entre 31 e 35 anos (mães 35% e pais 41,9%).

A maioria dos participantes nasceu em Portugal (mães 93,8%; pais 95,8%), seguidos de uma minoria que nasceu em França (mães 1,3%; pais 0,6%), no Brasil (mães 1,3%, pais 0,0%).

Quanto à profissão dos participantes, tanto nas mães como nos pais, a maioria das suas profissões estão incluídas nos trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores (mães 24,4%; pais 23,1%), seguido de especialistas das atividade intelectuais e científicas (mães 17,5%; pais 20,0%).

Relativamente ao estado civil dos casais, 86,3% estão casados ou em união de facto e 11,9% são solteiros. Apenas 1,8% são separados ou divorciados.

Quanto à duração do atual relacionamento, 39,3 têm um relacionamento entre 0 e 5 anos e 36,8 um relacionamento entre os 6 e 10 anos.

Quanto ao tipo de família, 92,5% dos sujeitos pertencem a uma família nuclear, 4,4% vive com família alargada e 3,1% vive só com os filhos, ou seja é monoparental.

No nível socioeconómico, avaliado através da escala de Graffar, 42,5% dos sujeitos situa-se no nível III (médio), 35,6% no nível II (médio alto), 11,25% no nível IV (médio baixo) e 10,65% no nível I (nível mais elevado).

**Tabela 1** – Caraterização sociodemográfica da amostra

Variáveis	Mães		Pais	
	n	%	n	%
<b>Idade</b>				
Menos de 20 anos	5	3,1	1	0,6
20 -25 anos	16	10,0	12	7,5
26 – 30 anos	50	31,3	35	21,9
31 – 35 anos	56	35,0	67	41,9
36 – 40 anos	29	18,1	29	18,1
Mais de 40 anos	4	2,5	16	10,0
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>
<b>Nacionalidade</b>				
África do Sul	0	0	1	0,6
Alemanha	0	0	1	0,6
Angola	1	0,6	0	0
Brasil	2	1,3	0	0
Cabo Verde	1	0,6	1	0,6
França	2	1,3	1	0,6
Holanda	1	0,6	1	0,6
Portugal	150	93,8	153	95,8
Roménia	1	0,6	1	0,6
Suíça	1	0,6	0	0
Ucrânia	1	0,6	1	0,6
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>
<b>Profissão</b>				
Profissões das forças armadas	0	0	0	0
Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	3	1,9	6	3,8
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	28	17,5	32	20,0
Técnicos e profissões de nível intermédio	28	17,5	20	12,5
Pessoal administrativo	10	6,3	13	8,1
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	39	24,4	37	23,1
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	1	0,6	5	3,1
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	16	10,0	27	16,9
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	0	0	8	5,0
Trabalhadores não qualificados	33	20,6	9	5,6
Não responderam	2	1,2	3	1,9
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>
<b>Estado Civil</b>				
Solteiro	19	11,9	19	11,9
Casado/União de facto	138	86,3	138	86,3
Divorciado/Separado	3	1,8	3	1,8
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>
<b>Duração do atual relacionamento</b>				
0 – 5 anos	63	39,3	63	39,3
6 – 10 anos	59	36,8	59	36,8
11 – 15 anos	27	17,0	27	17,0
16 – 20 anos	9	5,7	9	5,7
Não responderam	2	1,2	2	1,2
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>
<b>Tipo de família</b>				
Nuclear	148	92,5	148	92,5
Monoparental	5	3,1	5	3,1
Alargada	7	4,4	7	4,4
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>
<b>Nível socioeconómico</b>				
Nível I	20	12,5	14	8,8
Nível II	65	40,6	49	30,6
Nível III	54	33,8	82	51,2
Nível IV	21	13,1	15	9,4
Nível V	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>



Para mais de metade dos progenitores deste estudo este é o primeiro filho, ou seja, 56,9% das mães e 58,1% dos pais. Da relação atual, 58,8% têm mais um filho e 34,4% têm 2 filhos. Existem ainda 1,9% de mães com 1 filho de outros relacionamentos e 0,6% de pais com 2 filhos de outros relacionamentos. Dos pais que têm mais filhos, 31,9% das mães referem que o pai não assistiu ao nascimento dos outros filhos enquanto que 30,6% dos pais refere que não. A diferença neste percentual deve-se ao facto de os pais terem filhos de outros relacionamentos.

**Tabela 2 – Caraterização obstétrica ( número de filhos)**

Variáveis	Mães		Pais	
	n	%	n	%
<b>Primeiro filho</b>				
Sim	91	56,9	93	58,1
Não	69	43,1	67	41,9
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>
<b>N.º de filhos da relação atual</b>				
1	94	58,8	94	58,8
2	55	34,4	55	34,4
3	7	4,4	7	4,4
4	2	1,2	2	1,2
5	2	1,2	2	1,2
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>
<b>N.º de filhos de outros relacionamentos</b>				
1	3	1,9	0	0
2	0	0	1	0,6
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>1,9</b>	<b>1</b>	<b>0,6</b>
<b>Presença do pai no nascimento dos outros filhos</b>				
Sim	18	11,2	18	11,3
Não	51	31,9	49	30,6
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>43,1</b>	<b>67</b>	<b>41,9</b>

Relativamente à gravidez, 73,1% das mães referem que esta foi planeada e para 96,2% que foi também desejada. Para os pais, 73,7% refere que esta foi planeada e para 96,2% que foi desejada. Dos progenitores cuja gravidez não foi planeada, 16,9% de ambos os géneros aceitaram este filho muito bem e apenas 0,6% das mães aceitaram mal este filho.

Para a maioria dos progenitores, 87,5% não mencionaram dificuldades em engravidar, contudo, para 12,5% tiveram dificuldades em engravidar, sendo que destes, 4,4% recorreram à gravidez medicamente assistida. Quase a totalidade dos progenitores não pensaram interromper esta gravidez, 98,8% das mães e 98,1% dos pais.

Da amostra, 17,2% experienciou complicações durante esta gravidez, nomeadamente: descolamento da placenta 6,9%, ameaça de parto prematuro 2,5%, hipertensão arterial 1,4%,

diabetes gestacional 1,4%, hemorragia 1,4%, toxoplasmose, queda, cólica renal, atraso de crescimento intrauterino e ameaça de aborto 0,6%.

**Tabela 3** – Caracterização obstétrica (pré-natal)

Variáveis	Mães		Pais	
	n	%	n	%
<b>Gravidez desejada</b>				
Sim	154	96,2	154	96,2
Não	3	1,9	3	1,9
Não responderam	3	1,9	3	1,9
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>
<b>Gravidez planejada</b>				
Sim	117	73,1	118	73,7
Não	43	26,9	42	26,3
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>
<b>Forma como aceitou o filho não planejado</b>				
Muito bem	27	16,9	27	16,9
Bem	11	6,9	13	8,1
Razoavelmente	4	2,5	2	1,3
Mal	1	0,6	0	0
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>26,9</b>	<b>42</b>	<b>26,3</b>
<b>Dificuldade em engravidar</b>				
Sim	20	12,5	20	12,5
Não	140	87,5	140	87,5
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>
<b>Gravidez medicamente assistida</b>				
Sim	7	4,4	7	4,4
Não	13	8,1	13	8,1
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>12,5</b>	<b>20</b>	<b>12,5</b>
<b>Pensaram interromper esta gravidez</b>				
Sim	2	1,2	3	1,9
Não	158	98,8	157	98,1
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>
<b>Ocorrência de complicações durante a gravidez</b>				
Sim	27	17,2	27	17,2
Não	133	82,8	133	82,8
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>
<b>Tipo de complicações na gravidez</b>				
Descolamento da placenta	11	6,9	11	6,9
Ameaça de parto prematuro	4	2,5	4	2,5
Diabetes gestacional, hipertensão	2	1,4	2	1,4
Hemorragia	2	1,4	2	1,4
Hipertensão arterial	2	1,4	2	1,4
Ameaça de aborto, diabetes gestacional	1	0,6	1	0,6
Descolamento da placenta, diabetes gestacional e hipertensão	1	0,6	1	0,6
Atraso de crescimento intrauterino	1	0,6	1	0,6
Cólica renal	1	0,6	1	0,6
Queda	1	0,6	1	0,6
Toxoplasmose e diabetes gestacional	1	0,6	1	0,6
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>17,2</b>	<b>27</b>	<b>17,2</b>

Relativamente à vigilância pré-natal, verificou-se que 57,5% das mães efetuou 8 ou mais consultas durante a gravidez e só uma minoria 3,1% efetuou 4 ou menos consultas. Dos pais, 78,8% estiveram presentes nas consultas e 91,9% assistiram às ecografias, contudo a

maioria dos pais, 65,6% não frequentou o curso/aulas de preparação para o parto. Também a maioria dos casais preparou o enxoval em conjunto, 91,3% das mães e 87,5% dos pais, havendo sempre comunicação entre o casal sobre o bebé durante a gravidez, 63,8% das mães e 61,3% dos pais. Relativamente ao sentir o bebé mexer durante a gravidez, apenas um pai referiu não ter sentido.

**Tabela 4** – Caraterização obstétrica (acompanhamento da gravidez)

Variáveis	Mães		Pais	
	n	%	n	%
<b>Número de consultas pré-natal</b>				
< ou = 4	5	3,1	5	3,1
5	12	7,5	12	7,5
6	20	12,5	20	12,5
7	31	19,4	31	19,4
> ou = 8	92	57,5	92	57,5
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>
<b>Presença do pai nas consultas</b>				
Sim	128	80,0	126	78,8
Não	31	19,4	32	20,0
Não responderam	1	0,6	2	1,2
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>
<b>Presença do Pai nas ecografias</b>				
Sim	148	92,5	147	91,9
Não	12	7,5	12	7,5
Não responderam	0	0	1	0,6
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>
<b>Preparação para o parto</b>				
Sim	53	33,1	53	33,1
Não	107	66,9	105	65,6
Não responderam	0	0	2	1,3
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>
<b>Preparação do quarto/enxoval do bebé por</b>				
Mãe	13	8,1	18	11,3
Conjuntamente	146	91,3	140	87,5
Irmãos	1	0,6	0	0
Não responderam	0	0	2	1,2
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>
<b>Comunicação entre o casal sobre o bebé</b>				
Sempre	102	63,8	98	61,3
Muitas vezes	46	28,8	49	30,6
Algumas vezes	10	6,2	12	7,5
Não responderam	2	1,2	1	0,6
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>
<b>Sentiu o bebé mexer durante a gravidez</b>				
Sim	160	100	154	96,3
Não	0	0	1	0,6
Não responderam	0	0	5	3,1
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>

A generalidade das mães, 93,8% teve parto de termo (37-40 semanas de gestação), sendo a média de 38,9, com desvio padrão de 1,10 semanas. Para 55% das mães, o parto foi eutócico, contudo ainda existe uma grande percentagem de partos por cesariana 39,3%. Para a totalidade da amostra 100%, a gravidez foi de feto único.

Para a maioria dos progenitores o sexo do bebé correspondia à sua preferência 53,1% das mães e 54,4% dos pais. Grande parte dos pais, 65,0% esteve presente durante o trabalho de parto, sendo que a maioria das mães refere que o apoio daquele foi importante durante o trabalho de parto, 65,0% das mães e 54,4% dos pais. Para a maioria das mães 96,9% e 78,8% dos pais referem que tiveram o apoio dos profissionais de saúde durante o trabalho de parto.

**Tabela 5** – Caracterização obstétrica (relativa ao parto)

Variáveis	Mães		Pais	
	n	%	n	%
<b>Semanas de gestação</b>				
35	1	0,6	1	0,6
36	2	1,2	2	1,2
37	11	6,9	11	6,9
38	35	21,9	35	21,9
39	57	35,6	57	35,6
40	47	29,4	47	29,4
41	6	3,8	6	3,8
42	1	0,6	1	0,6
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>
<b>Tipo de parto</b>				
Eutócico/normal	88	55,0	88	55,0
Fórceps	6	3,8	6	3,8
Ventosa	3	1,9	3	1,9
Cesariana	63	39,3	63	39,3
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>
<b>Número de filhos deste parto</b>				
1	160	100	160	100
<b>Preferência pelo sexo do recém-nascido</b>				
Sim	85	53,1	87	54,4
Não	0	0	5	3,1
Indiferente	75	46,9	68	42,5
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>
<b>Presença do pai no trabalho de parto</b>				
Sim	104	65,0	104	65,0
Não	56	35,0	56	35,0
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>
<b>Apoio do pai durante o trabalho de parto</b>				
Sim	104	65,0	87	54,4
Não	0	0,0	1	0,6
Não responderam	56	35,0	72	45,0
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>
<b>Apoio dos profissionais de saúde durante o trabalho de parto</b>				
Sim	155	96,9	126	78,8
Não	1	0,6	0	0
Não responderam	4	2,5	34	21,2
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>

Durante o parto, 61,9% das grávidas tiveram analgesia epidural, enquanto que 36,9% não a tiveram. Apenas 38,8% dos pais, estiveram presentes durante o parto, pelo desejo de ver o filho 30,0%, por vontade expressa da companheira 4,4%, ou por outros motivos 3,1%. Para 73,1% dos pais não lhes foi dada a oportunidade de cortar o cordão umbilical, apesar de 36,9% o ter desejado fazer.

**Tabela 6** – Caracterização obstétrica (envolvimento do pai no parto)

Variáveis	Mães		Pais	
	n	%	n	%
<b>Analgesia epidural</b>				
Sim	99	61,9	95	59,4
Não	59	36,9	49	30,6
Não responderam	2	1,2	16	10,0
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>
<b>Presença do pai no parto</b>				
Sim	62	38,8	62	38,8
Não	96	60,0	96	60,0
Não responderam	2	1,2	2	1,2
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>
<b>Motivo da presença do pai no parto</b>				
Curiosidade de saber como se processa um parto	0	0	2	1,3
Desejo de ver o filho	52	32,5	48	30,0
Vontade expressa da companheira	6	3,8	7	4,4
Outros motivos	4	2,5	5	3,1
Não responderam	98	61,2	98	61,2
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>
<b>Oportunidade de cortar o cordão umbilical</b>				
Sim	10	6,3	8	5,0
Não	131	81,9	117	73,1
Não responderam	19	11,8	35	21,9
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>
<b>Vontade de cortar o cordão umbilical</b>				
Sim	48	30,0	59	36,9
Não	76	47,5	63	39,4
Não responderam	36	22,5	38	23,7
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>

Após o parto, 43,8% das mães tiveram o contacto do bebé com o seu abdómen. A maioria da amostra sentiu que os profissionais de saúde incentivaram o toque e carinho ao seu bebé 84,4% das mães e 79,4% dos pais, fazendo com que a maioria das participantes tocasse no bebé 81,3% das mães e 86,9% dos pais. A maioria dos pais 70,0%, não vestiu o recém-nascido, nem ajudou no primeiro banho 77,5%, se bem que a resposta das mães não é coincidente, contudo, 50,6% dos pais ajudaram na primeira mamada do recém-nascido. Dos progenitores, 48,1% veem com alguma dificuldade cuidar do recém-nascido sem ajuda do profissional de saúde, para 23,8% das mães e 29,4% dos pais parece-lhes fácil, para 16,3% das mães e 9,4% dos pais parece-lhes difícil, para 5,6% das mães e 5,0% dos pais parece-lhes muito fácil e para 4,4% das mães e 5,6% dos pais parece-lhes muito difícil. Quanto à partilha das tarefas de cuidar do recém-nascido, 98,8% das mães e 98,2% dos pais, tenciona partilhá-lo com o outro progenitor.

**Tabela 7 – Caracterização obstétrica (envolvimento dos pais com o recém-nascido)**

Variáveis	Mães		Pais	
	n	%	n	%
<b>Contacto do bebé com o abdómen da mãe</b>				
Sim	70	43,8	60	37,5
Não	70	43,8	57	35,6
Não responderam	20	12,4	43	26,9
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>
<b>Incentivo dos profissionais de saúde ao toque e carinho do bebé</b>				
Sim	135	84,4	127	79,4
Não	11	6,9	11	6,9
Não responderam	14	8,7	22	13,7
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>
<b>Tocou ou pegou ao colo o bebé</b>				
Sim	130	81,3	139	86,9
Não	16	10,0	10	6,3
Não responderam	14	8,7	11	6,8
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>
<b>Pai vestiu o bebé</b>				
Sim	34	21,3	40	25,0
Não	114	71,2	112	70,0
Não responderam	12	7,5	8	5,0
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>
<b>Pai ajudou na primeira mamada do bebé</b>				
Sim	81	50,6	81	50,6
Não	76	47,5	75	46,9
Não responderam	3	1,9	4	2,5
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>
<b>Pai ajudou no primeiro banho do bebé</b>				
Sim	30	18,8	32	20,0
Não	126	78,7	124	77,5
Não responderam	4	2,5	4	2,5
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>
<b>Percepção de cuidar do bebé sem ajuda de profissional de saúde</b>				
Muito fácil	9	5,6	8	5,0
Fácil	38	23,8	47	29,4
Com alguma dificuldade	77	48,1	77	48,1
Difícil	26	16,3	15	9,4
Muito difícil	7	4,4	9	5,6
Não responderam	3	1,8	4	2,5
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>
<b>Intenção de partilhar com o seu companheiro as tarefas de cuidar do bebé</b>				
Sim	158	98,8	157	98,2
Não	1	0,6	1	0,6
Não responderam	1	0,6	2	1,2
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>

A caracterização obstétrica da amostra, através da estatística descritiva, permitiu-nos sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados referentes ao período pré-natal, gravidez, parto e pós-parto. De seguida fazemos a caracterização da relação emocional.

## 2.2 – CARATERIZAÇÃO DA RELAÇÃO EMOCIONAL

A caracterização da relação emocional dos progenitores com o recém-nascido foi efetuada através da escala de *bonding*. Antes de analisarmos a relação emocional, fizemos a análise psicométrica da escala.

A apresentação dos resultados inicia-se com o estudo dos itens que compõem a escala de *bonding*, recorrendo à estatística descritiva.

O quadro 5 traduz as respostas dadas tanto pelas mães como pelos pais, observando-se que todas as possibilidades de resposta são consideradas pela amostra, pois os mínimos e máximos variam entre a resposta “nada” (0) e “muito” (3). Também as respostas mais comuns correspondem sempre a uma das extremidades da escala, dado que para os itens “afetuoso”, “protetor” e “alegre” a moda é 3, enquanto que para os itens “desiludido”, “ressentido”, “desgostoso”, “agressivo”, “zangado”, “triste” e “neutro” a moda é 0. A variabilidade das respostas é bastante reduzida, tendo em conta que, para pelo menos 50% da amostra, a resposta aos itens “afetuoso”, “protetor” “alegre” é “muito” (3), a resposta aos itens “desiludido”, “ressentido”, “desgostoso”, “agressivo”, “zangado”, “triste” e “neutro” é “nada” (0) e a resposta ao item “medroso” é “nada” (0) ou “um pouco” (1).

**Quadro 5** – Análise descritiva para a Escala de *Bonding* (total)

Item	Mães					Pais				
	Média	Desvio Padrão	Moda	Min-Máx	P25-075	Média	Desvio Padrão	Moda	Min-Máx	P25-075
Afetuosos	2,84	0,40	3	1-3	3-3	2,76	0,54	3	1-3	3-3
Protetor	2,81	0,45	3	0-3	3-3	2,78	0,47	3	1-3	3-3
Alegre	2,84	0,43	3	1-3	3-3	2,86	0,39	3	1-3	3-3
Desiludido	0,01	0,11	0	0-1	0-0	0,02	0,14	0	0-1	0-0
Ressentido	0,03	0,16	0	0-1	0-0	0,06	0,27	0	0-2	0-0
Desgostoso	0,00	0,000	0	0-0	0-0	0,03	0,16	0	0-1	0-0
Agressivo	0,06	0,36	0	0-3	0-0	0,08	0,43	0	0-3	0-0
Zangado	0,06	0,28	0	0-2	0-0	0,03	0,16	0	0-1	0-0
Triste	0,01	0,11	0	0-1	0-0	0,03	0,16	0	0-1	0-0
Neutro, sem sentimentos	0,10	0,47	0	0-3	0-0	0,16	0,56	0	0-3	0-0
Medroso	0,62	0,57	1	0-2	0-1	0,44	0,55	0	0-2	0-1

Através da análise hierárquica de Clusters, confirmámos que esta escala pode ser organizada em 3 subescalas: “*bonding* positivo” (afetuoso, protetor e alegre) que se refere a

emoções positivas do envolvimento emocional dos pais com o bebé; “*bonding* negativo” (desiludido, ressentido, desgostoso, zangado, agressivo e triste) que se refere a emoções negativas do envolvimento emocional dos pais com o bebé; “*bonding* neutro” (neutro e medroso) que se refere a emoções não claramente relacionáveis com a presença de envolvimento emocional e indicam a ausência ou confusão no envolvimento emocional dos pais para com o bebé (Figueiredo, Marques, Costa, Pacheco e Pais, 2005).

Na verificação da consistência interna das subescalas, podemos testar se os itens da mesma subescala medem todos o mesmo conceito, através dos indicadores Alpha de Cronbach e Coeficiente de Bipartição (Split-half). O Alpha de Cronbach permite avaliar a estabilidade das respostas, e o Coeficiente de Bipartição divide os itens em dois grupos, examinando a correlação dentro de cada grupo e entre os dois grupos. Estes indicadores variam entre 0 e 1 e a consistência é tanto maior quanto mais próximos de 1 estiverem.

Começamos por analisar a subescala “*bonding* positivo”. As estatísticas descritivas para os 3 itens que constituem esta subescala são visíveis no quadro 6. Os itens “alegre” e “afetuoso” são os mais positivos, embora não se afastem muito dos restantes resultados. Em termos de dispersão, o item “protetor” é o que demonstra maior variabilidade nas respostas. Como parâmetros de validade e precisão da subescala obtêm-se os valores 0,606 e 0,632 para as mães (Alpha de Cronbach e Split-Half) e 0,648 e 0,584 para os pais (Alpha de Cronbach e Split-Half), sendo estes valores bons indicadores de consistência interna da subescala.

**Quadro 6** – Análise descritiva para a Subescala “*Bonding* Positivo”

Item	Mães					Pais				
	Média	Desvio Padrão	Moda	Min-Máx	P25-075	Média	Desvio Padrão	Moda	Min-Máx	P25-075
Afetuosos	2,84	0,40	3	1-3	3-3	2,76	0,54	3	1-3	3-3
Protetor	2,81	0,45	3	0-3	3-3	2,78	0,47	3	1-3	3-3
Alegre	2,84	0,43	3	1-3	3-3	2,86	0,39	3	1-3	3-3
<b><i>Bonding</i> Positivo</b>	2,83	0,32	3	1,7-3	3-3	2,80	0,37	3	1-3	2,7-3
<i>Bonding</i> Total	1,07	0,38	1,2	0,6-1,9	1-1,2	1,05	0,19	1	1-2	1-1,2

Relativamente à subescala “*bonding* negativo”, podemos verificar através da análise do quadro 7 que o item “agressivo” tem uma média mais elevada (mães-0,06; pais-0,08), contudo os outros itens apresentam valores muito semelhantes. Para a consistência interna da subescala obtiveram-se os valores de Alpha de Cronbach e Split-Half de 0,397 e 0,471 para as mães e 0,576 e 0,672 para os pais, sendo estes valores considerados razoáveis.



**Quadro 7** – Análise descritiva para a Subescala “*Bonding* Negativo”

Item	Mães					Pais				
	Média	Desvio Padrão	Moda	Min-Máx	P25-075	Média	Desvio Padrão	Moda	Min-Máx	P25-075
Desiludido	0,01	0,11	0	0-1	0-0	0,02	0,14	0	0-1	0-0
Ressentido	0,03	0,16	0	0-1	0-0	0,06	0,27	0	0-2	0-0
Desgostoso	0,00	0,000	0	0-0	0-0	0,03	0,16	0	0-1	0-0
Agressivo	0,06	0,36	0	0-3	0-0	0,08	0,43	0	0-3	0-0
Zangado	0,06	0,28	0	0-2	0-0	0,03	0,16	0	0-1	0-0
Triste	0,01	0,11	0	0-1	0-0	0,03	0,16	0	0-1	0-0
<b><i>Bonding</i> Negativo</b>	0,03	0,10	0	0-0,7	0-0	0,04	0,13	0	0-1	0-0
<i>Bonding</i> Total	1,07	0,38	1,2	0,6-1,9	1-1,2	1,05	0,19	1	1-2	1-1,2

Por último, analisando a subescala “*bonding* neutro”, podemos verificar que o item “medroso” apresenta uma média mais elevada (mães-0,62; pais-0,44). Talvez pela diversidade de dimensões consideradas para o reduzido número de itens, os índices de consistência interna da subescala são baixos: valores de Alpha de Cronbach e Split-Half de 0,072 e 0,072 para as mães e -0,107 e -0,107 para os pais, indicando uma fraca consistência interna da subescala (os valores são negativos devido a uma negativa covariância entre os itens).

**Quadro 8** – Análise descritiva para a Subescala “*Bonding* Neutro”

Item	Mães					Pais				
	Média	Desvio Padrão	Moda	Min-Máx	P25-075	Média	Desvio Padrão	Moda	Min-Máx	P25-075
Neutro, sem sentimentos	0,10	0,47	0	0-3	0-0	0,16	0,56	0	0-3	0-0
Medroso	0,62	0,57	1	0-2	0-1	0,44	0,55	0	0-2	0-1
<b><i>Bonding</i> Neutro</b>	0,36	0,38	0,5	0-2	0-0,5	0,30	0,39	0	0-2	0-0,5
<i>Bonding</i> Total	1,07	0,38	1,2	0,6-1,9	1-1,2	1,05	0,19	1	1-2	1-1,2

Os resultados psicométricos foram todos superiores aos encontrados na versão original de (Figueiredo, Marques, Costa, Pacheco e Pais, 2005).

Analisando agora a relação emocional dos progenitores com o RN, através da totalidade dos itens, verificamos que, tanto nas mães como nos pais, os valores das médias para o *bonding* total são bons (mães: 1,07, com desvio padrão de 0,38; pais: 1,05, com desvio

padrão de 0,19), podendo ser considerado, segundo Figueiredo, Marques, Costa, Pacheco e Pais (2005) um moderado envolvimento emocional dos pais com o bebé.

Em relação à questão 17.1 do questionário, onde perguntámos, a descrição do estado emocional, dos progenitores, no momento em que sentiu o bebé mexer, as respostas obtidas foram idênticas no casal, pelo que foram agrupadas e estudadas em conjunto constituindo-se a amostra de 320 sujeitos.

A maioria dos inquiridos respondeu, alegria (41,3%), sensação única (40,0%), muito bom (7,5 %), confusão de sentimentos (4,4%), não tendo respondido a esta questão 6,8% da amostra.

**Tabela 8** – Descrição do estado emocional no momento em que sentiram o bebé mexer

Unidades de registo	Mãe/Pai	
	n	%
Alegria	132	41,3
Sensação única	128	40,0
Muito bom	24	7,5
Confusão de sentimentos	14	4,4
Não responderam	22	6,8
<b>Total</b>	<b>320</b>	<b>100,0</b>

Na questão 31 do questionário, onde perguntámos aos progenitores, que oportunidades gostariam que lhe tivessem sido proporcionadas na vivência do nascimento do filho, obtivemos poucas respostas, só responderam 18,7% das mães e 20,0% dos pais. As respostas foram analisadas segundo a técnica de análise de conteúdo. Verificámos que as respostas das mães só coincidem com as dos pais em duas unidades de registo. Por ordem decrescente as mães responderam, parto sem dor e presença do pai no parto (30,0%), filmar o parto (16,6%), poder optar por um parto não medicalizado (10,0%), cortar o cordão umbilical e mais privacidade no período de dilatação (6,7%). Os pais responderam que gostariam de ter assistido ao parto (50,0%), cortar o cordão umbilical (15,5%), ter dado o primeiro banho (12,5%), filmar o parto (9,9%), ter recebido mais informações durante o parto e melhores condições físicas das instalações (6,3%).

**Tabela 9** – Oportunidades proporcionadas na vivência do nascimento do filho

Unidades de registo	Mãe		Pai	
	n	%	n	%
Parto sem dor	9	30,0		
Presença do pai no parto	9	30,0		
Filmar o parto	5	16,6	3	9,4
Optar por parto não medicalizado	3	10,0		
Mais privacidade no período de dilatação	2	6,7		
Cortar o cordão umbilical	2	6,7	5	15,5
Ter assistido ao parto			16	50,0
Ter dado o primeiro banho			4	12,5
Receber mais informações durante o parto			2	6,3
Melhores condições físicas das instalações			2	6,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>32</b>	<b>100,0</b>

### 2.3 – ANÁLISE DAS HIPÓTESES

Para verificação das hipóteses formuladas, utilizámos a estatística inferencial, recorrendo a testes não paramétricos, por não se verificar normalidade na distribuição da amostra. No presente capítulo procedemos à análise das hipóteses, discussão dos resultados fazendo a reflexão crítica dos mesmos com base na nossa experiência profissional e confrontando-os com a literatura consultada que orientou o enquadramento teórico da investigação conceptual.

#### **H1 - Há relação entre as características sociodemográficas (idade, género, nacionalidade, profissão, estado civil, duração do atual relacionamento, tipo de família e nível socioeconómico) e a relação emocional dos progenitores com o recém-nascido**

Na primeira hipótese do estudo pretendemos investigar a relação entre as características sociodemográficas e a relação emocional dos pais com os recém-nascidos.

Através da análise do quadro 9, podemos verificar que o nível de significância relativa à idade, género, nacionalidade, profissão, estado civil, tipo de família e nível socioeconómico, com a relação emocional dos pais é superior a 0,05 pelo que não existe

relação entre estas características sociodemográficas e a relação emocional dos pais com o recém-nascido.

Após a análise criteriosa da variável de caracterização sociodemográfica que compõe o estudo, constatamos que não tem impacto no estabelecimento do *bonding* dos pais com o recém-nascido. Não foram encontrados estudos que confirmem esta nossa constatação. No entanto Schmidt e Argimon (2009), dão-nos conta de um estudo realizado por Doan e Zimmerman (2003), onde investigaram os fatores que poderiam influenciar o apego materno-fetal, salientando que fatores sociodemográficos, tais como a idade avançada da gestante pode influenciar positivamente a ligação mãe-filho.

**Quadro 9** – Relação entre as características sociodemográficas e a relação emocional dos pais com o recém-nascido

Variável	Teste	Mães			Pais		
		n	Teste	p	n	Teste	p
Idade	Correlação de Spearman	160	-0,041	0,611	159	-0,069	0,385
Duração do atual relacionamento	Correlação de Spearman	158	0,017	0,831	158	-0,011	0,890
Nacionalidade	Kruskal-Wallis	160	7,880	0,445	160	10,432	0,165
Profissão	Kruskal-Wallis	158	6,666	0,464	157	5,587	0,693
Estado Civil	Kruskal-Wallis	160	1,112	0,574	160	3,863	0,145
Tipo de Família	Kruskal-Wallis	160	0,480	0,786	160	0,341	0,843
Nível socioeconómico	Kruskal-Wallis	160	5,630	0,131	160	0,370	0,946

## **H2 - Há relação entre (ser o primeiro filho, presença do pai no nascimento de outros filhos e o número de filhos, da relação atual e anteriores relacionamentos) e a relação emocional dos progenitores com o recém-nascido**

A segunda hipótese deste estudo está relacionada com a influência do número de filhos já existentes e o estabelecimento da relação emocional dos pais com o recém-nascido.

Realizados os testes estatísticos para relacionar o número de filhos com a relação emocional dos progenitores com o recém-nascido, apresentados no quadro 10, verificamos que  $p$  é superior a 0,05, em qualquer das variáveis. Assim, concluímos que não existe relação estatisticamente significativa entre o número de filhos e o facto de o pai ter assistido ou não aos outros nascimentos com a relação emocional dos pais (mãe e pai) com o recém-nascido.

Na literatura consultada, Hotimsky e Alvarenga (2002: 463) referem que “para as mulheres que nunca tiveram filhos, o nascimento da primeira criança representa um momento de transição muito importante em suas vidas e talvez, por isso mesmo, desejem compartilhá-lo com seus entes queridos”. Carvalho (2003), num estudo efetuado sobre a participação dos pais no nascimento refere que, aqueles que já haviam participado em parto ou cesariana de filhos anteriores, não evidenciaram medo, parecendo que este já havia sido desmistificado.

**Quadro 10** – Relação entre o número de filhos e a relação emocional dos pais com o recém-nascido

Variável	Teste	Mães			Pais		
		n	Teste	p	n	Teste	p
Primeiro filho	Mann-Whitney	160	3088,0	0,854	160	2635,0	0,085
Presença do pai no nascimento dos outros filhos	Mann-Whitney	69	433,0	0,710	67	424,0	0,800
Nº de filhos da relação atual	Correlação de Spearman	160	-0,027	0,737	160	-0,119	0,135
Nº de filhos de outros relacionamentos	Correlação de Spearman	3	-	-	1	-	-

### **H3 - Há relação entre as características da gravidez (planeada, desejada, dificuldades em engravidar, gravidez medicamente assistida, opção de interrupção da gravidez, complicações da gravidez) e a relação emocional dos progenitores com o recém-nascido**

Através da análise do quadro 11, verificamos que na relação entre todas as características da gravidez consideradas (gravidez planeada, gravidez desejada, aceitação do filho, dificuldades em engravidar, gravidez medicamente assistida, interrupção da gravidez e complicações), tanto para os pais como para as mães, o nível de significância é sempre superior a 0,05, sendo que não existe relação estatisticamente significativa entre as características da gravidez e a relação emocional dos progenitores com o recém-nascido.

Assim, após a análise destas características da gravidez apurámos que nenhuma delas influencia o estabelecimento do *bonding* dos pais com o recém-nascido. Na literatura pesquisada não encontramos nada que justifique os nossos resultados, todos os estudos apontam para que estas características da gravidez possam influenciar no relacionamento emocional dos progenitores com o recém-nascido.

**Quadro 11** – Relação entre as características da gravidez e a relação emocional dos pais com o recém-nascido

Variável	Teste	Mães			Pais		
		n	Teste	p	n	Teste	p
Planeamento da gravidez	Mann-Whitney	160	2182,0	0,184	160	2401,0	0,757
Gravidez desejada	Mann-Whitney	157	115,5	0,125	157	110,0	0,108
Dificuldades em engravidar	Mann-Whitney	160	1305,5	0,614	160	1270,5	0,489
Gravidez medicamente assistida	Mann-Whitney	20	24,0	0,074	20	28,5	0,162
Opção de interrupção da gravidez	Mann-Whitney	160	77,5	0,201	160	167,0	0,372
Complicações durante a gravidez	Mann-Whitney	160	1738,5	0,788	160	1831,0	0,939

**H4 - Há relação entre a preparação para o parto (número de consultas, presença do pai nas consultas e ecografias, frequência de curso de preparação para o parto, escolha do enxoval, comunicação sobre o bebé com o companheiro e sentir o bebé mexer durante a gravidez) e a relação emocional dos progenitores com o recém-nascido.**

Na quarta hipótese deste estudo quisemos saber se existe relação entre a preparação para o parto e a relação emocional dos pais com o recém-nascido.

Relativamente à preparação para o parto, a relação entre cada um dos aspetos considerados tem um nível de significância sempre superior a 0,05, sendo que não existe relação estatisticamente significativa entre o número de consultas de vigilância pré-natal, o facto de o pai estar presente ou não nas consultas e nas ecografias, a frequência ou não do curso de preparação para o parto, a participação do pai ou não na escolha do enxoval e preparação do quarto, a comunicação ou não entre o casal sobre o bebé e sentir ou não o bebé a mexer com a relação emocional dos pais com o recém-nascido (Quadro 12).

Na literatura pesquisada, a presença do pai nas consultas pré-natais revela-se importante no processo de humanização da assistência à grávida, sendo que o seu afastamento, tanto da gestação como do parto provoca sentimentos de solidão e vazio na mulher (Carvalho, Brito, Araújo e Souza, 2009). O acompanhamento da grávida durante as consultas pré-natais, assim como um conjunto de atitudes face à gravidez, fazem atualmente parte do comportamento dos homens perante a paternidade (Tomeleri, Pieri, Violin, Serafin e Marcon, 2007).

Alguns autores, Samorinha, Figueiredo e Cruz (2009); cit. Kleinveld, Timmermans, Berg, Eijk & Kate (2007), referem que existem estudos incidentes no papel dos exames de

rotina efetuados na gravidez como promotores do *bonding* pré-natal. A ecografia permite aos pais a confirmação visual da gravidez e o contacto com o bebé antes do nascimento. Ao visualizar o bebé os pais elaboram uma representação cognitiva do filho/a, sendo esta representação um fator importante no desenvolvimento da vinculação pré-natal. Num estudo efetuado por Samorinha, Figueiredo e Cruz (2009), sobre a avaliação do impacto da ecografia do primeiro trimestre comparando vinculação pré-natal e ansiedade em mães e pais, antes e depois da realização da ecografia, os resultados obtidos evidenciam que após a realização da ecografia, a vinculação dos pais ao bebé aumenta.

O momento em que o feto mexe pela primeira vez é relevante para a relação mãe-bebé. A partir da décima segunda semana os movimentos do feto são bruscos em flexões e extensões, contudo a mãe só sente os movimentos do filho posteriormente e a aceitação dessa percepção é o reconhecimento da realidade do filho (Soulé, 1987; cit. por Thomaz *et al*, 2005).

As orientações fornecidas na gravidez são de extrema importância já que preparam a mulher para o período gestacional, o trabalho de parto e os cuidados com o recém-nascido. Essas orientações deixam a mulher segura e confiante promovendo a participação ativa no trabalho de parto e parto. Os cursos de preparação para o parto fornecem as informações necessárias sobre gravidez, parto e cuidados ao recém-nascido de modo a reduzir a ansiedade, proporcionam o encontro com outras mulheres grávidas e orientam o homem para que esteja o mais próximo possível da mulher (Figueiredo, Freitas, Lima, Oliveira e Damasceno, 2010).

De acordo com a literatura antevíamos que esta hipótese fosse confirmada, no entanto não se confirmou para o presente estudo.

**Quadro 12** – Relação entre a preparação para o parto e a relação emocional dos pais com o recém-nascido

Variável	Teste	Mães			Pais		
		n	Teste	p	n	Teste	p
Número de consultas de vigilância pré-natal	Correlação de Spearman	157	0,010	0,902	157	0,103	0,199
Presença do pai nas consultas	Mann-Whitney	159	1901,5	0,711	158	1616,5	0,073
Presença do pai nas ecografias	Mann-Whitney	160	867,5	0,891	159	685,5	0,184
Preparação para o parto	Mann-Whitney	160	2723,0	0,673	158	1959,5	0,097
Sentiu o bebé mexer durante a gravidez	Mann-Whitney	160	-	-	155	58,5	0,668
Escolha do enxoval e a preparação do quarto do bebé	Kruskal-Wallis	160	0,384	0,825	158	1,551	0,213
Na gravidez falava com a/o companheira(o) acerca do bebé	Kruskal-Wallis	158	1,350	0,509	159	2,966	0,227

##### **H5 - Há relação entre as vivências do parto, (tipo de parto, preferência pelo sexo do recém-nascido, acompanhamento do pai no trabalho de parto e período expulsivo, corte do cordão umbilical, contacto do recém-nascido com o abdómen da mãe, tocou ou pegou ao colo, vestiu o recém-nascido e ajudou na primeira mamada e ajudou no primeiro banho) e a relação emocional dos progenitores com o recém-nascido**

Através da análise do quadro 13, podemos verificar que a relação entre todos os aspetos considerados na variável da vivência do parto, tem um nível de significância superior a 0,05, ou seja, não existe diferença estatisticamente significativa entre a relação emocional dos pais com o recém-nascido.

Ao relacionarmos as vivências do parto com o *bonding*, concluímos que não tem influência na relação emocional dos pais com o recém-nascido, ou seja não houve confirmação da hipótese.

Para alguns autores o *bonding* está favorecido no parto normal em relação ao parto por cesariana, já que nesta implica um período mais alargado de separação com o recém-nascido (Figueiredo, Marques, Costa, Pacheco e Pais, 2005).

Para Carvalho, Brito, Araújo e Souza (2009) as reações apresentadas pelos pais no momento do parto são diversas. Alguns ficam dececionados por acharem o recém-nascido diferente do desejado ou por não ser do sexo pretendido, alguns ficam temerosos pela responsabilidade de ter um filho, outros emocionam-se profundamente ao ver o filho tão esperado. Os mesmos autores (2009) referindo-se a Espírito Santo e Bonilha (2000) atestam que, adicionados a isso, os pais têm sensação de alívio quando o bebé vem ao mundo. São inundados de alegria e querem tocar, acariciar e conhecer o filho.

A participação do pai no trabalho de parto e parto é reconhecido por Crepaldi e Motta (2005); cit. Klaus, Kennell e Klaus (1993), como fonte de apoio à parturiente proporcionando benefícios nos resultados perinatais. Os mesmos autores (2005), referindo-se a pesquisas efetuadas por Carvalho (2001), Sousa Pinto (2001), Klaus, Kennell e Klaus (2000) onde demonstraram que a participação do pai no parto se traduz em fonte de apoio importante e que as parturientes avaliam positivamente a sua presença, pois fornece-lhes segurança e conforto. Com a integração do homem no trabalho de parto, acompanhar e confortar a mulher adquirem um novo papel para ele (Cripaldi e Motta, 2005; cit. Videla, 1997, Carvalho, 2001). Numa pesquisa efetuada por Carvalho (2001) e citada pelos mesmos autores (2005) demonstra que a presença do pai produz satisfação e segurança à vivência do trabalho de parto.



Numa investigação efetuada, Brandão (2009) concluiu que o corte do cordão umbilical efetuado pelo pai no nascimento parece beneficiar a relação emocional entre o pai e o recém-nascido. O nosso estudo demonstra que a maioria dos profissionais de saúde não proporciona aos pais a prática do corte do cordão umbilical.

Quando a paternidade é vivenciada desde a gravidez, surge um novo pai diferente do modelo tradicional desenvolvendo sentimentos de afetividade e vinculação que beneficiam a construção do trinómio pai - mãe - filho. Este novo pai participa da gravidez, das alegrias do nascimento e das tarefas diárias outrora reservadas exclusivamente às mães (Freitas, Coelho e Silva, 2007). Para Benczik (2011); cit. Pupo, o ideal é que o pai participe dos cuidados com a criança desde o momento do nascimento, deve assistir ao banho, ajudar na troca de fraldas, porque fazer parte da vida de um filho é fazer parte do seu mundo, é conhecê-lo.

**Quadro 13** – Relação entre as vivências do parto e a relação emocional dos pais com o recém-nascido

Variável	Teste	Mães			Pais		
		n	Teste	p	n	Teste	p
Tipo de parto	Kruskal-Wallis	160	3,209	0,361	160	1,089	0,780
O sexo do bebé corresponde à preferência dos pais	Kruskal-Wallis	160	0,377	0,539	160	1,109	0,552
O Pai esteve presente durante o trabalho de parto (dilatação)	Mann-Whitney	160	2636,0	0,307	160	2784,5	0,577
O pai esteve presente durante o parto (expulsão)	Mann-Whitney	158	2774,5	0,458	158	2630,0	0,241
Oportunidade do pai cortar o cordão umbilical	Mann-Whitney	141	611,0	0,715	125	467,0	0,992
Foi possível o contacto do bebé com o abdómen (barriga) da mãe	Mann-Whitney	140	2281,0	0,465	117	1693,0	0,923
Tocou ou pegou ao colo o recém-nascido	Mann-Whitney	146	892,0	0,337	149	693,0	0,987
O pai vestiu o recém-nascido	Mann-Whitney	148	1762,0	0,407	152	2060,5	0,437
O pai ajudou na primeira mamada do recém-nascido	Mann-Whitney	157	2647,0	0,117	156	2893,0	0,595
O pai ajudou no primeiro banho do recém-nascido	Mann-Whitney	156	1820,0	0,744	156	1628,5	0,106

## **H6 - Há relação entre a predisposição para partilhar as tarefas de cuidar do filho e a relação emocional dos progenitores com o recém-nascido**

Na sexta hipótese do estudo pretendíamos verificar a relação entre a predisposição para partilhar as tarefas de cuidar do filho e a relação emocional dos progenitores com o recém-nascido, no entanto, não aplicámos nenhum teste para verificação desta hipótese, uma vez que nas respostas obtidas apenas um dos pais pensa não partilhar as tarefas de cuidar do recém-nascido e a dimensão dos grupos obtidos não viabiliza a aplicação de qualquer teste de hipóteses.

Como refere Carvalho, (2003); cit. Cowan, (1988); Cowan e Cowan, (1992, 1997), a separação entre o que compete ao homem e à mulher é transmitido na vida familiar, como um valor culturalmente determinado e aceite. Ultimamente tem-se estimulado a participação do homem em todo o processo gestacional, parto, puerpério, amamentação e demais eventos que envolvem a relação pai, mãe e filhos. O envolvimento dos pais nos cuidados com os filhos promove as transformações conjugais que acompanham o nascimento, trazendo benefícios para os próprios homens e para o desenvolvimento das crianças.

A maternidade e a paternidade requerem, em termos relacionais, o envolvimento e partilha indispensáveis à prestação de cuidados que viabilizem um desenvolvimento saudável e harmonioso do recém-nascido. É o assumir a parentalidade em que ambos os progenitores partilham os cuidados aos filhos, tarefas exigidas durante muitos anos às mulheres no âmbito da maternidade (Mendes, 2009).

## **H7 - Há diferença entre a relação emocional de cada um dos progenitores com o filho recém-nascido**

Na sétima hipótese do estudo interessava saber se a relação emocional com o recém-nascido diferia entre o pai e a mãe.

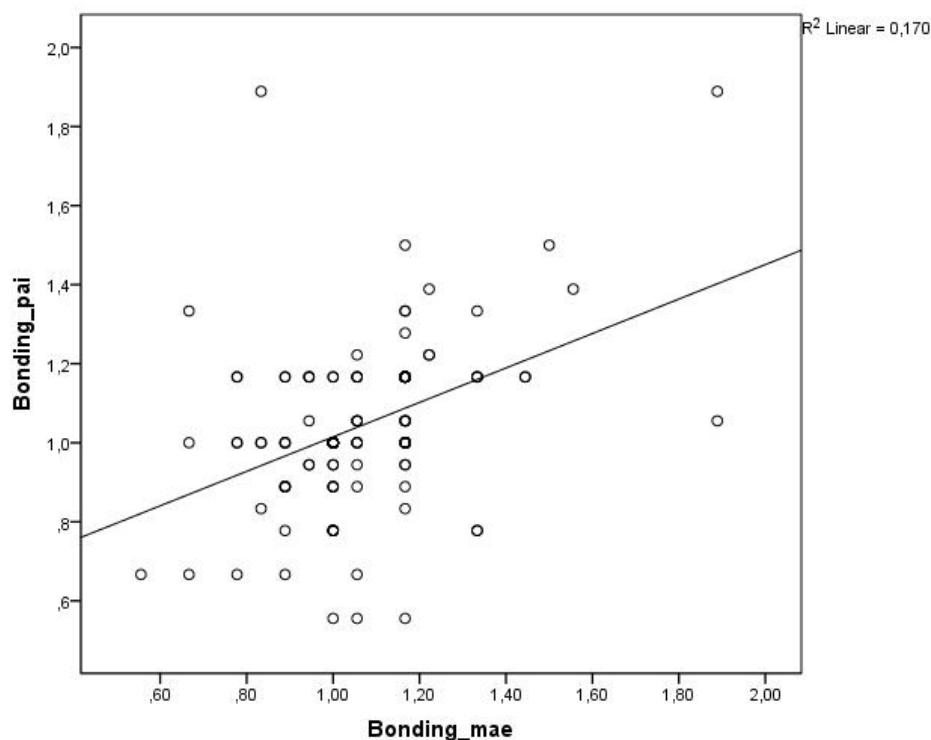
O estudo de correlação entre a relação emocional do pai com o recém-nascido e a relação emocional da mãe com o recém-nascido foi realizado através da regressão linear simples. Podemos verificar uma associação positiva entre a relação emocional do pai com o recém-nascido e a relação emocional da mãe com o recém-nascido ( $r\ 0,412$ ), sendo esta associação muito significativa ( $p\ 0,000$ ). Os valores da regressão linear simples revelam que a relação emocional da mãe com o recém-nascido é responsável por 17% da variância da relação emocional do pai com o recém-nascido (quadro 14).

Para verificar esta hipótese foi feito o estudo de correlação entre a relação emocional do pai com o recém-nascido e a relação emocional da mãe com o recém-nascido, através da regressão linear simples. Verificou-se uma associação positiva entre a relação emocional do pai com o recém-nascido e a relação emocional da mãe com o recém-nascido. A correlação é positiva e significativa entre a relação emocional positiva da mãe com o recém-nascido e a relação emocional positiva do pai com o recém-nascido. Diremos então que à medida que a relação emocional positiva da mãe com o recém-nascido aumenta, aumenta também a relação emocional positiva do pai com o recém-nascido (gráfico 1).

Não encontramos na literatura nenhum estudo que justifique esta evidência. Contudo Freitas, Coelho e Silva (2007) enfatizam que na atualidade há um aumento na complexidade das relações conjugais que comporta a organização de eventos onde os homens discutem a sua própria identidade social. Procura-se compreender e encontrar soluções para as novas situações de relacionamento fruto das mudanças nas relações parentais e de ampliação da participação da mulher no domínio público de trabalho. Concluiu que quando a participação do homem é efetiva na gravidez e pós-parto, resultam situações de bem-estar para a família, e estabelecem relações mais igualitárias. Além disso, quanto mais fortes forem os laços afetivos entre pai e filho na gravidez melhor será o desenvolvimento da paternidade e do vínculo pai/filho após o nascimento.

**Quadro 14** – Análise de regressão linear simples entre a relação emocional do pai com o recém-nascido e a relação emocional da mãe com o recém-nascido

Relação emocional da mãe com o recém-nascido	<b>r</b>	<b>r<sup>2</sup>(%)</b>	<b>p</b>	<b>t</b>
Relação emocional do pai com o recém-nascido	0,412	17	0,000	5,689



**Gráfico 1** – Representação da relação emocional dos progenitores com o recém-nascido

A metodologia que utilizámos neste estudo não permite resultados generalizáveis, no entanto, pela análise e interpretação dos dados pretendemos aumentar o nosso conhecimento, refletir sobre a relação emocional (*bonding*) dos progenitores com o recém-nascido e o envolvimento dos profissionais de saúde, nomeadamente do enfermeiro, no sentido de continuar a promover a vinculação dos progenitores com o recém-nascido, incentivando para que se envolvam e desfrutem de um momento tão importante e único como o parto e todas as vivências que lhe estão inerentes.

## CONCLUSÕES

A construção das relações interpessoais é um dos aspetos mais significativos no campo do desenvolvimento do ciclo da vida humana, e o conhecimento desses processos e mecanismos que lhe estão inerentes mantem-se um desafio para o estudo científico.

Sendo a gravidez e o parto fases únicas na vida do casal, especialmente para a mulher, está-lhes implícito um período de construção e desenvolvimento.

Através da literatura pesquisada acerca da génese e do desenvolvimento das relações emocionais dos pais com o recém-nascido e da constatação de que existem poucos estudos nesta área, surgiu esta investigação.

O presente estudo teve como objetivos, identificar a relação emocional dos pais com o filho recém-nascido; compreender a relação das vivências do parto com o tipo de relação emocional dos pais com o recém-nascido; comparar a relação emocional de cada um dos progenitores com o filho recém-nascido, tendo sido definidas sete hipóteses para a sua concretização. Como opção metodológica utilizou-se o tipo de investigação quantitativa, descritiva e correlacional que permite explorar e determinar a existência de relações entre diferentes variáveis.

A utilização de um questionário como instrumento de colheita de dados, onde se incluem variáveis de caracterização sociodemográfica, obstétrica e escala de *bonding*, revelou-se adequado no sentido de alcançar os objetivos traçados.

Pela análise dos resultados encontrados, constatamos que a média de idade dos progenitores é de 30,93 anos para as mães e 33,19 anos para os pais, sendo que a maioria dos participantes nasceu em Portugal. Relativamente à profissão, tanto as mães como os pais, a maioria das suas profissões estão incluídas nos trabalhadores dos serviços pessoais de proteção e segurança e vendedores. Quanto ao estado civil, a maioria dos progenitores, 86,3% são casados ou em união de facto, pertencentes a uma família nuclear de nível socioeconómico médio, 33,8% para as mães e 51,2% para os pais.

Nas variáveis de caracterização sociodemográfica verificámos que nenhuma delas influencia o tipo de *bonding* entre os progenitores e o recém-nascido. Este resultado pode dever-se ao facto de a amostra se apresentar concentrada num grupo único, sugerindo-se efetuar estudos futuros, dentro do mesmo contexto em amostras maiores.

Em relação à caracterização obstétrica para o número de filhos, verificámos que não tem influência sobre o tipo de relação emocional entre os progenitores e o recém-nascido. Para a maioria dos casais, 56,9% das mães e 58,1% dos pais este é o primeiro filho.

Para a caracterização obstétrica pré-natal constatámos não ter influência na relação emocional, verificando-se que para a quase totalidade dos progenitores, (96,2%) a gravidez foi desejada, sendo que apenas uma reduzida parcela da amostra, (12,5%) teve dificuldades em engravidar e (17,2%) experienciou complicações durante a gravidez.

No que diz respeito ao acompanhamento da gravidez, é de salientar que a média de consultas efetuadas pelas mães do presente estudo foi de 8,24, nas quais 78,8% dos pais estiveram presentes. A quase totalidade dos pais, 91,9% assistiu às ecografias. Também a maioria dos casais, (91,3%) das mães e (87,5%) dos pais, prepararam o quarto/enxoval em conjunto, havendo sempre comunicação entre o casal sobre o recém-nascido (63,8%). Apenas um pai não sentiu o bebé mexer durante a gravidez. Verifica-se que na maioria dos casais foi feita uma boa vigilância da gravidez, provavelmente devido ao facto de o sistema de saúde facultar gratuitamente as consultas de vigilância da gravidez, nos hospitais e centros de saúde. Verificámos, no entanto, que em relação às aulas de preparação para o parto, estas têm pouca adesão por parte dos progenitores (33,1%).

Em relação às características do parto constatámos que, o parto eutócico foi o mais frequente (55,0%) e que o sexo do recém-nascido correspondeu na grande maioria à preferência dos progenitores, (53,1%) para as mães e (54,4%) para os pais. Uma grande maioria dos pais, (65,0%) acompanhou o trabalho de parto, referindo as mães ter sido importante este apoio. A maioria das mães (96,9%) e (78,8%) dos pais referem que tiveram o apoio dos profissionais de saúde durante o trabalho de parto.

Quanto à presença do pai no parto, menos de metade o fez (38,8%), referindo o motivo de estar presente como sendo o desejo de ver o filho. O corte do cordão umbilical não sendo uma prática ainda muito habitual nas maternidades, para a grande maioria (73,1%) dos pais, não lhe foi facultada essa oportunidade, ainda que (36,9%) o tenham desejado fazer.

No que concerne ao envolvimento dos progenitores com o recém-nascido, menos de metade das mães do presente estudo (43,8%) tiveram o recém-nascido em contacto com o seu abdómen. A maioria dos progenitores (84,4%) das mães e (79,4%) dos pais, foi incentivada pelos profissionais de saúde ao toque e carinho ao recém-nascido. A grande maioria dos pais (70,0%) não vestiu o recém-nascido, nem ajudou no primeiro banho (77,5%), contudo mais de metade dos pais (50,6%) ajudaram na primeira mamada. Alguns progenitores, (48,1%) veem com alguma dificuldade cuidar do recém-nascido sem ajuda de um profissional de saúde. Em relação à partilha das tarefas de cuidar do recém-nascido, quase a totalidade da amostra (98,8%) das mães e (98,2%) dos pais, pensa fazê-lo.

Em relação à descrição do estado emocional no momento em que sentiu o bebê mexer, a maioria dos progenitores, (41,3%) sentiu alegria, (40,0%) sensação única, sendo que para (4,4%) houve confusão de sentimentos.

Para as oportunidades que gostariam que lhe tivessem sido proporcionadas na vivência do nascimento do filho, só responderam 18,7% das mães e 20,0% dos pais. As mães (30,0%), responderam parto sem dor e que gostariam de ter a presença do pai no parto, filmar o parto (16,6%), poder optar por um parto não medicalizado (10,0%), cortar o cordão umbilical e mais privacidade no período de dilatação (6,7%). Para os pais (50,0%), gostariam de ter assistido ao parto, (15,5%) cortar o cordão umbilical, ter dado o primeiro banho (12,5%), filmar o parto (9,9%) sendo que (6,3%) gostariam de ter recebido mais informações durante o parto e melhores condições físicas das instalações.

Ao longo da investigação deparámo-nos com algumas dificuldades nomeadamente o número reduzido de nascimentos o que por si só limitou a nossa amostra, sendo que a colheita de dados se deveria ter prolongado por mais tempo, não tendo sido viável por motivos económicos e falta de tempo.

Relativamente aos objetivos deste estudo podemos afirmar que, os resultados do *bonding* revelam um moderado envolvimento emocional dos progenitores com o recém-nascido, verificando-se uma associação positiva entre a relação emocional do pai com o recém-nascido e a relação emocional da mãe com o recém-nascido, ou seja pais e mães comportam-se da mesma maneira. Constatou-se que não existem diferenças significativas para as variáveis de caracterização sociodemográfica e obstétrica entre os progenitores e que estas não têm influência no estabelecimento da relação emocional com o recém-nascido. No entanto pelo estudo correlacional verificou-se que o *bonding* da mãe está em sintonia com o *bonding* do pai, quando aumenta o *bonding* da mãe aumenta também o *bonding* do pai.

Concluimos que a integração do pai no acompanhamento do nascimento do filho ainda não é total, apesar de incentivada. É importante que os profissionais de saúde das diferentes instituições tomem consciência da importância e benefícios desta atitude, no processo de humanização do parto, favorecendo o fortalecimento dos laços familiares. Vamos valorizar a preparação do parto para a mãe, porque investirmos na mãe é também investir no pai e no desenvolvimento do filho.

Como sugestões propomos um estudo longitudinal com uma amostra maior para saber se, a relação emocional dos progenitores com o filho se modifica e se traduz em maior vinculação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios Familiares, uma Visão Sistémica*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Albuquerque, M. I. N., Coimbra, M. I. E. S.; Grilo, A. C. C. e Camarneiro, A. P. F. (2009). Intervenção do Enfermeiro na promoção da interacção mãe-bebé. *Revista Referência II* Série – n.º 9 – mar. 2009.
- Amaro, F. (1990). *Escala de Graffar*. In A.B. Costa et al (Eds.). Lisboa: Currículos Funcionais.
- Ávila, A. M. A. (2011). *O primeiro amor (artigo científico)*. Acedido em novembro 27, 2012, Aleitamento.com: <http://www.alimentacao.com/amamentacao/conteudo.asp?cod=252>.
- Barradas, A. M. C. R. (2008). *Parentalidade na Relação com o Recém-Nascido Prematuro Vivências, Necessidades e Estratégias de Intervenção*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta.
- Benczik, E. B. P. (2011). *A importância da figura paterna para o desenvolvimento infantil*. São Paulo: Revista Psicopedagogia 2011; 28(85): 67-75. Acedido em novembro 27, 2012 em Pepcic, Periódicos Eletrónicos em Psicologia: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v28n85/07.pdf>
- Borsa, J. C. (2006). *Considerações acerca da relação Mãe-bebé da Gestação ao Puerpério*. Porto Alegre: Contemporânea – Psicanálise e Transdisciplinaridade.
- Borsa, J. C., Feil C. F. e Paniágua R. M. (2007). *A relação Mãe-bebé em casos de depressão pós-parto*. Porto Alegre: O portal dos psicólogos. Acedido em novembro 21, 2012 em psicologia.pt: [www.psicologia.com.pt](http://www.psicologia.com.pt).
- Bowlby, J. (1984). *Apego e Perda* (Psicologia e Pedagogia). São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Lda.
- Brandão, S. (2009). *Envolvimento emocional do pai com o bebé: Impacto da experiência de parto*. Dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto: Universidade do Porto.



- Brazelton, T. B. (1988). *O Desenvolvimento do Apego: Uma Família em Formação*. Porto Alegre: Editora Porto Alegre.
- Cardoso, M. A. S., Santos, L. D. O., Silva, A. F., Specian, C. M. e Gama, S. A. S. (2010). *O vínculo afetivo entre mãe e recém-nascido, na UTI neonatal*. XIV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e X Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba.
- Carvalho, J. B. L., Brito, R. S., Araújo, A. C. P. F. e Souza, N. L. (2009). Sentimentos Vivenciados pelo Pai diante do Nascimento do Filho. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 10 (3): 125-131.
- Carvalho, M. L. M., (2003). Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (Sup.2): S389-S398.
- Castro, C. M., Wichr, P., Lima, A. M. J. e Guedes, H. M. (2012). O estabelecimento do vínculo mãe/recém-nascido: percepções maternas e da equipa de enfermagem. *Revista de enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 2 (1): 67-77.
- Cole, M. e Cole, S. R. (2004). *O Desenvolvimento da Criança e do Adolescente*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Crepaldi, M. A. e Motta, C. C. L. (2005). *O Pai no Parto e Apoio Emocional – A Perspetiva da Parturiente*. Florianópolis: Paidéia, 15 (30): 105-118.
- Dicionário da Língua Portuguesa (2012). Porto Editora. Acedido em novembro 15, 2012, em Infopédia: <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa>.
- Direcção Geral de Saúde (2008). *Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar*. Lisboa: DGS.
- Figueiredo, B. (2003). Vinculação Materna: Contributo para Compreensão das Dimensões Envolvidas no Processo Inicial de Vinculação da Mãe ao Bebê. *Revista Internacional de Psicologia Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*. 3 (3): 521-539.
- Figueiredo, B. (2013). *Mães e Pais, Envolvimento Emocional com o Recém-nascido*. Braga: Psiquilibrios Edições.

- Figueiredo, B., Costa, R., Marques, A., Pacheco, A. e Pais, A. (2005). Envolvimento Emocional Inicial dos Pais com o Bebê. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 36 (2-3): 121-131.
- Figueiredo, B., Marques, A., Costa, R. A., Pacheco, A. P. e Pais, A. (2005). *Escala para Avaliar o Envolvimento Emocional dos Pais com o Bebê*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Minho. Braga. Acedido em março 29, 2011, em Repositório: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4717>.
- Figueiredo, J. V., Freitas, L. V., Lima, T. M., Oliveira, A. S. e Damasceno, A. K. C. (2010). Promovendo a autoridade e o poder da gestante: uma atividade da enfermagem na construção da cidadania. *Enfermagem em foco*, 1 (3): 124-128.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures: Editora Lusociência.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freitas, W. M. F., Coelho, E. A. C. e Silva, A. T. M. C. (2007). Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de género. *Cadernos de saúde pública*, 23(1): 137-145.
- Gomes-Pedro, J., Nugent, J.K., Young, J.G. e Brazelton, T.B. (2005). *A criança e a família no século XXI*. Lisboa: Dinalivro e Paterson Marsh Ltd.
- Graça, L. M. (2005). *Medicina Materno-Fetal*. (3.<sup>a</sup> ed.) Lisboa: Lidel.
- Henriques, C. M. G. e Oliveira, N. A. S. (2011). *Pregnant Drug Abusers and Bonding*. Acedido em julho 8, 2013, em Medwave: <http://www.mednet.cl/link.cgi/English/Original/Research/5120?tab=ingles>
- Hotimsky, S. N. e Alvarenga, A. T. (2002). *A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica?* São Paulo: Estudos Feministas 461-481, Universidade de São Paulo.
- Instituto Nacional de Estatística, (2003, 2010). *Conceitos – Conceitos Estatísticos*. Statistics Portugal. Acedido em novembro 20, 2012, em Instituto Nacional de Estatística: <http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Conceitos.aspx>.

- Klaus, M. (1998). *Mother and Infant: Early Emotional Ties*, *Pediatrics* 1998; 102;1244.  
Acedido em junho 01, 2013, em Pediatrics:  
[http://pediatrics.aappublications.org/content/102/Supplement\\_E1/1244.full.html](http://pediatrics.aappublications.org/content/102/Supplement_E1/1244.full.html)
- Lei n.º 14/1985. *Acompanhamento da grávida durante o trabalho de parto*. Diário da república n.º 153, I série de 06/07/1985. Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt).
- Lowdermilk, D. L. e Perry, S. E. (2008) *Enfermagem na Maternidade*. (7.ª ed.) Loures: Lusodidata.
- Marconi, M. A. e Lakatos, E. M. (2004). *Metodologia Científica*. (4.ª ed.). São Paulo: Editora Atlas SA.
- Martins, M. E. G. (2009). *Análise de Dados*. Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa.
- Mendes, I. M. (2009). *Ajustamento Materno e Paterno: Experiências Vivenciadas pelos Pais no Pós-parto*. Coimbra: Mar da palavra.
- Moniz, A. C. (2008). *Depressão e Factores Cronobiológicos*. Tese de Doutoramento apresentada à Escola de Psicologia da Universidade do Minho.
- Morais, S. M. R. B. M. (2010). *Viver na Alta de Lisboa: O Impacto do Sentimento Psicológico de Comunidade e das Relações de Vizinhança no Bem-Estar*. ISCTE, IUL (Instituto Universitário de Lisboa)
- Moura-Ramos, M. e Canavarro, M.C. (2007). *Adaptação Parental ao Nascimento de um Filho: comparação da reatividade emocional e psicossintomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e 8 meses após o parto*. *Análise Psicológica*. 25: 399-413. Acedido em maio 25, 2012, em Estudo Geral, repositório digital:  
<https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/15736>.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Recomendações para a Preparação para o Nascimento*. Recomendação n.º 2 da Mesa do Colégio da especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.
- Pestana, M. H. e Gageiro, J. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais*. A complementaridade do SPSS (5.ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Nardi, T. e Lopes, R. S. (2008). Gestação e Constituição da Maternidade. *Psicologia em estudo*. 13 (1): 63-72.
- Piccinini, C. A., Silva, M. R., Gonçalves, T. R., Lopes, R. S. e Tudge, J. (2004). O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 303-314.
- Pinto, R. R. (2012). *Introdução à Análise de Dados com Recurso ao SPSS*. (2.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Ramos, V. S. (2007). *Dissertação de Mestrado em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Acedido em março 29, 2011, em ISPA, Repositório: <http://hdl.handle.net/10400.12/833>.
- Relvas, A. P. e Alarcão, M. (2007) *Novas Formas de Família*. (2.<sup>a</sup> ed.) Coimbra: Editora Quarteto
- Ribeiro, J. M. T. (2006). *Métodos de Investigação*. Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Arquitectura. Acedido em novembro 20, 2012, em : <http://mestrado-reabilitacao.faa.utl.pt/disciplinas/jribeiro/jribeiro.pdf>
- Sá, E. (2004). *A Maternidade e o Bebê*. Coleção Escola de Pais. Lisboa: Fim de Século – Edições.
- Samorinha, C., Figueiredo, B. e Cruz, J. (2009). Vinculação pré-natal e ansiedade em mães e pais: impacto da ecografia do 1.º trimestre de gestação. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(1), 17-29. Escola de Psicologia, Universidade do Minho.
- Schmidt, E. B. e Argimon, I. I. L. (2009). *Vinculação da gestante e apego materno-fetal*. Acedido em abril 12, 2012, em Scielo: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v19n43/08.pdf>.
- Silva, A. C. F. C. (2006), *Cuidar do recém-nascido – o enfermeiro como promotor das competências parentais*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Sousa, M. J. e Baptista, C. S. (2011). *Como fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios*. Lisboa: Editora Pactor.
- Thomaz, A. C. P., Lima, M. R. T., Tavares, C. H. F. e Oliveira, C. G. (2005). Relações afetivas entre mães e recém-nascidos a termo e pré-termo: variáveis sociais e perinatais. *Estudos de Psicologia* 10 (1): 139-146. Universidade Federal de Alagoas.

- Tomeleri, K. R., Pieri, F. M., Violin, M. R., Serafim, D. e Marcon, S. S. (2007). Eu vi meu filho nascer: vivência dos pais na sala de parto. *Revista Gaúcha de enfermagem*, Porto Alegre, 28(4): 497-504.
- Vaglio, S. (2009). Chemical communication and mother-infant recognition. *Communicative & Integrative Biology*, 2:3, 279-281; May/June 2009, Florence, Italy.
- Vieira, F. E. M. (2008). *Avaliação das representações das relações íntima, comportamento diádico e percepção da vinculação: estudo exploratório*. Acedido em maio 21, 2013, em Repositório: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/8143>.
- Zorzi, N. T. (2010). *Reflexão sobre a Participação do Pai no Momento do Nascimento*. Acedido em março 29, 2011, em amigas do parto: [www.amigasdoparto.org.br](http://www.amigasdoparto.org.br).

# ANEXOS

---

## **ANEXO 1 – Questionário**

---



**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**  
**INSTITUTO POLITÉCNICO DA GUARDA**  
I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

# Questionário

Guarda  
2012



Exmo. Senhor(a)

Adelina Gregório Pereira, enfermeira a exercer funções no Serviço de Obstetrícia da Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE, encontrando-me a frequentar o I Curso de Mestrado em Enfermagem da Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico da Guarda, pretendo efetuar um estudo de investigação sobre a relação emocional do pai e mãe com o recém-nascido e a vivência do parto.

Para a realização deste trabalho de investigação, solicito a vossa colaboração e o preenchimento deste questionário.

Após uma leitura atenta, responda de acordo com a maior honestidade possível.

Os dados serão utilizados apenas para fins académicos e será garantido o anonimato e a confidencialidade.

Bem-haja pela colaboração prestada.

A enfermeira

---

## Caracterização Sócio-Demográfica

1. Idade: \_\_\_\_\_ (anos)
2. Género: Masculino ☐ Feminino ☐
3. Nacionalidade: \_\_\_\_\_
4. Profissão: \_\_\_\_\_
5. Estado Civil:
  - a. Solteiro(a) ☐
  - b. Casado(a)/União de facto ☐
  - c. Divorciado(a)/Separado(a) ☐
  - d. Viúvo(a) ☐
6. Duração do atual relacionamento: \_\_\_\_\_
7. Tipo de família:
  - a. Nuclear (pai, mãe e filhos) ☐
  - b. Monoparental (pai ou mãe e filhos) ☐
  - c. Alargada (pais, filhos e outros) ☐
  - d. Outro \_\_\_\_\_
8. Escala de Graffar, (Adaptada por Amaro, 1990)

Coloque um X em cada um dos cinco critérios que mais se adaptar à sua situação

<b>1 – PROFISSÃO:</b>	
I – Directores de bancos; Directores técnicos de empresas; Licenciados; Engenheiros; Profissionais com títulos universitários; Militares de alta patente	<input type="checkbox"/>
II – Chefes de secções administrativas; Chefes de negócios de grandes empresas; Sub-directores de bancos; Peritos e técnicos	<input type="checkbox"/>
III – Adjuntos técnicos; Desenhadores; Caixeiros; Contramestres; Oficiais de primeira; Encarregados; Capatazes; Mestre de obras	<input type="checkbox"/>
IV – Motoristas; Polícias; Cozinheiros	<input type="checkbox"/>
V – Jornaleiros; Mandaretas; Ajudantes de cozinha; Empregadas de limpeza	<input type="checkbox"/>
<b>2 – NÍVEL DE INSTRUÇÃO:</b>	
I – Ensino universitário ou equivalente	<input type="checkbox"/>
II – Ensino médio ou técnico superior	<input type="checkbox"/>
III – Ensino médio ou técnico inferior	<input type="checkbox"/>
IV – Ensino primário completo	<input type="checkbox"/>
V – Ensino primário incompleto	<input type="checkbox"/>
<b>3 – FONTES DE RENDIMENTO:</b>	
I – A fonte principal é a fortuna herdada ou adquirida	<input type="checkbox"/>
II – Os rendimentos consistem em lucros de empresa (altos honorários/lugares bem remunerados)	<input type="checkbox"/>
III – Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo	<input type="checkbox"/>
IV – Os rendimentos resultam de salários	<input type="checkbox"/>
V – Beneficiência pública ou privada (exclui-se subsídio de desemprego ou de incapacidade para o trabalho)	<input type="checkbox"/>
<b>4 – CONFORTO DO ALOJAMENTO:</b>	
I – Casas ou andares luxuosos e muito grandes, oferecendo aos seus moradores o máximo conforto	<input type="checkbox"/>
II – Casas ou andares que sem serem luxuosos são espaçosos e confortáveis	<input type="checkbox"/>
III – Casas ou andares modestos, bem construídos e em bom estado de conservação, bem iluminados, arejados, com cozinha e casa-de-banho	<input type="checkbox"/>
IV – Categoria intermédia entre 3 e 5	<input type="checkbox"/>
V – Barracas ou andares desprovidos de todo o conforto, sem ventilação, ou onde moram demasiadas pessoas	<input type="checkbox"/>
<b>5 – ZONA RESIDENCIAL:</b>	
I – Zona residencial elegante, onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados	<input type="checkbox"/>
II – Zona residencial boa, de ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas	<input type="checkbox"/>
III – Categoria intermédia entre 2 e 4	<input type="checkbox"/>
IV – Ruas comerciais estreitas ou antigas, com casas de aspecto menos cuidado	<input type="checkbox"/>
V – Bairro operário, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está muito diminuído	<input type="checkbox"/>

## Caracterização Obstétrica (dados sobre a gravidez, parto e pós-parto)

9. É o seu primeiro filho? Sim ☐ Não ☐

10. Nº de filhos:

a. Da relação atual \_\_\_\_\_

b. De outros relacionamentos \_\_\_\_\_

10.1. Se não é o primeiro filho, o pai assistiu ao nascimento de outros filhos?

Sim ☐ Não ☐

11. A atual gravidez foi:

a. Planeada? Sim ☐ Não ☐

b. Desejada? Sim ☐ Não ☐

11.1. Se a gravidez não foi planeada assinale a forma como aceitou este filho.

Muito bem	Bem	Razoavelmente	Mal	Muito mal
1	2	3	4	5

11.2. Houve dificuldades em engravidar? Sim ☐ Não ☐

11.3. Se respondeu sim, foi gravidez medicamente assistida? Sim ☐ Não ☐

11.4. Pensaram interromper esta gravidez? Sim ☐ Não ☐

11.5. Houve complicações durante a gravidez? Não ☐ Sim ☐ Quais? \_\_\_\_\_

12. Número de consultas de vigilância pré-natal \_\_\_\_\_

12.1. O pai esteve presente nas consultas? Sim ☐ Não ☐

13. O pai assistiu às ecografias? Sim ☐ Não ☐

14. Frequentou curso/aulas de preparação para o parto? Sim ☐ Não ☐

15. A escolha do enxoval e a preparação do quarto do bebé foram feitas por:

Mãe ☐ Pai ☐ Conjuntamente ☐ Outros ☐

16. No decorrer da gravidez falava com a/o companheira(o) acerca do bebé.

(Assinale com um círculo a alternativa mais adequada)

Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5

17. Sentiu o bebé mexer durante a gravidez? Sim ☐ Não ☐

17.1. Se respondeu sim descreva o estado emocional do momento: \_\_\_\_\_

18. Duração da gravidez: \_\_\_\_ semanas
19. Tipo de parto: Eutócico/Normal ☐ Forceps ☐ Ventosa ☐ Cesariana ☐
20. Número de filhos deste parto? \_\_\_\_
21. O sexo do bebé corresponde à sua preferência? Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐
22. O Pai esteve presente durante o trabalho de parto (dilatação)? Sim ☐ Não ☐
23. Sentiu que o apoio do pai foi importante durante o trabalho de parto? Sim ☐ Não ☐
24. Durante o trabalho de parto sentiu apoio dos profissionais de saúde? Sim ☐ Não ☐
25. No parto houve analgesia epidural? Sim ☐ Não ☐
26. O pai esteve presente durante o parto? Sim ☐ Não ☐
- 26.1. Se respondeu sim, o que o motivou a estar presente?
- a. Curiosidade de saber como se processa um parto ☐
  - b. Desejo de ver o filho ☐
  - c. Vontade expressa da companheira ☐
  - d. Outros motivos ☐ Quais?
- 
- 
- 26.2. Foi-lhe dada a oportunidade de cortar o cordão umbilical? Sim ☐ Não ☐
- 26.3. Se não cortou o cordão umbilical gostaria de o ter feito? Sim ☐ Não ☐
- 26.4. Foi possível o contacto do bebé com o abdómen (barriga) da mãe? Sim ☐ Não ☐
- 26.5. Os profissionais de saúde incentivaram o toque e carinho ao seu bebé? Sim ☐ Não ☐
- 26.6. Tocou ou pegou ao colo o bebé? Sim ☐ Não ☐
- 26.7. O pai vestiu o bebé? Sim ☐ Não ☐
27. O pai ajudou na primeira mamada do bebé? Sim ☐ Não ☐
28. O pai ajudou no primeiro banho do bebé? Sim ☐ Não ☐
29. Cuidar do bebé sem ajuda de um profissional de saúde parece-lhe:
- (Assinale com um círculo a alternativa mais adequada)
- | Muito fácil | Fácil | Com alguma dificuldade | Difícil | Muito difícil |
|-------------|-------|------------------------|---------|---------------|
| 1           | 2     | 3                      | 4       | 5             |
30. Pensa partilhar com a sua/seu companheira(o) as tarefas de cuidar do bebé?
- Sim ☐ Não ☐

**Escala de Bonding**  
Versão Portuguesa alargada (Figueiredo & Costa, 2005, 2009)

Apresentamos alguns adjectivos que podem descrever o modo como se sente neste momento em relação ao seu(s)/sua(s) filho(s)/filha(as).

Assinale com um X no quadrado a resposta que mais se adequa a si:

	Nada	Um pouco	Bastante	Muito
Afectuoso(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desiludido(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neutro(a), sem sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressentido(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desgostoso(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protector(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alegre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressivo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medroso(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zangado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Que oportunidades gostaria que lhe tivessem sido proporcionadas na vivência do nascimento do seu filho? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bem-haja e felicidades

## **ANEXO 2** – Autorização para aplicação da escala de *bonding*

---

## • Pedido de autorização

05-10-2011

[Bárbara Fernandes Carvalho Figueiredo](#)

[Adicionar aos contactos](#)

Para Adelina Pereira

1 anexo (346,0 KB)



Envolvime...pdf

[Transferir](#) (346,0 KB)

[Transferir como zip](#)

Cara Adelina

Junto a informação que me pede.

Atenciosamente

Barbara Figueiredo  
Professora Associada

Escola de Psicologia  
Universidade do Minho  
Campus de Gualtar  
4710-057 Braga  
Portugal  
e-mail: bbfi@psi.uminho.pt

---

**De:** Adelina Pereira [mailto:adegreg2123@hotmail.com]

**Enviada:** qua 05-10-2011 18:41

**Para:** Bárbara Fernandes Carvalho Figueiredo

**Assunto:** FW: Pedido de autorização

Exma. Senhora Professora,  
Bárbara Figueiredo

Uma vez mais reforço o pedido enviado no e-mail abaixo, em virtude de ter urgência no prosseguimento da tese de Mestrado..

Cumprimentos, agradecendo a sua disponibilidade.

Adelina Pereira

---

From: adegreg2123@hotmail.com  
To: bbfi@iep.uminho.pt  
Subject: Pedido de autorização  
Date: Sun, 25 Sep 2011 17:52:10 +0100

Exma. Senhora Professora,  
Bárbara Figueiredo

Adelina Gregório Pereira, a frequentar o I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda, pretende desenvolver um trabalho de investigação intitulado "Relação emocional dos pais com o recém-nascido e a vivência do parto".  
Na pesquisa bibliográfica efectuada sobre o tema, verifiquei a utilidade da escala de Bonding, versão portuguesa alargada do Mother - Baby Bonding Questionnaire. Tendo sido adaptada e aplicada pela Professora, solicito autorização para utilizar a supra-citada escala no estudo que pretendo efectuar.  
Ainda, se possível solicito o acesso à referência bibliográfica do documento referente à validação da escala de Bonding.  
O período de aplicação dos questionários decorrerão de Novembro de 2011 a Janeiro de 2012.  
Desde já os meus agradecimentos.

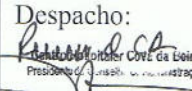

Adelina da Conceição dos Anjos Gregório Pereira  
adegreg2123@hotmail.com



**ANEXO 3 – Autorização para aplicação do questionário no Centro Hospital Cova da Beira**

---

Recibido  
01/03/2012  
Núcleo de Investigação  
08 MAR. 2012

Parecer:	Despacho:  Presidente do Conselho de Administração 1.3.2012
<b>ASSUNTO:</b> Projecto de Investigação nº15/2012 - "Relação emocional dos pais com o recém-nascido e a vivência do parto"	
<b>PARA:</b> Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração <b>DE:</b> Núcleo de Investigação	<b>N.º</b> 19/GAI <b>Data</b> 28/02/2012
<p>Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização de Adelina da Conceição dos Anjos Gregório Pereira, aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda, para a realização de um estudo subordinado ao tema "Relação emocional dos pais com o recém-nascido e a vivência do parto", a realizar no serviço de Obstetria deste Centro Hospitalar.</p> <p>Envio ainda o parecer favorável nº11 /2012, emitido pela Comissão de Ética.</p> <p>Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Normas do Núcleo de Investigação.</p> <p>Com os melhores cumprimentos, <i>perroci's</i></p> <p>P'lo Gabinete de Apoio à Investigação</p> <p> (D.ª Rosa Saraiva)</p> <p>Nota: Solicita-se aos investigadores a entrega de um exemplar do trabalho final.</p>	

#### **ANEXO 4** – Autorização para aplicação do questionário no HSM – ULS Guarda

---

1. Inf. Directora  
2. S. Obstetrícia  
2012.02.14

S. Obstetrícia  
Autorizo a execução  
do referido questionário  
Res 27-2-12

Ex.mo Senhor

Presidente do Conselho de Administração da  
Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.

Autorizado  
por  
Enf.ª Ester Vaz  
Enfermeira Diretora  
U.L.S. da Guarda, E.P.E.

A sr. enf. chefe do serviço de  
obstetrícia para parecer.

22/2/2012

**ASSUNTO: Pedido de autorização para aplicação de questionário**

Enf.ª Ester Vaz

Enfermeira Diretora  
U.L.S. da Guarda, E.P.E.

Adelina da Conceição dos Anjos Gregório Pereira, enfermeira a exercer serviço de Obstetrícia do Hospital Sousa Martins, com o nº mecanográfico 463, vem muito respeitosamente, solicitar a V. Ex.ª autorização para aplicar um questionário, que se anexa, aos pais/mães de recém-nascidos no Serviço de Obstetrícia do Hospital Sousa Martins, durante três meses após a autorização.

Esta investigação destina-se à elaboração de uma dissertação no âmbito do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, a decorrer na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico da Guarda, subordinada ao tema: "Relação emocional dos pais com o recém-nascido e a vivência do parto", cuja orientação científica ficará a cargo da Sr.ª Prof.ª Doutora Fernanda Maria Trindade Lopes.

Trata-se de um trabalho exclusivamente académico, pelo que os dados que se pretendem recolher serão utilizados apenas para esse fim, respeitando a confidencialidade e o anonimato dos intervenientes.

Caso exista interesse por parte de V.ª Ex.ª, os resultados deste trabalho ser-lhe-ão disponibilizados.

Com os melhores cumprimentos.

Pede deferimento

Guarda, 13 de Fevereiro de 2012

A Orientadora

A Requerente

Fernanda Lopes

(Prof.ª Doutora Fernanda Maria Trindade Lopes)

Adelina C.A. Gregório Pereira

(Enf.ª Adelina Gregório Pereira)